
79





Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung der Herren

Dr. Dr. **Althaus** (London), Professor **Berger** (Breslau), **Buch** (Helsingfors), **Dehn** (Hamburg), Professor **Dománsky** (Krakau), **Eickholt** (Grafenberg), **Engelhorn** (Maulbronn), **Goldstein** (Aachen), **Hager** (Paris), **Halbey** (Bendorf), **Hauptmann** (Gleiwitz), **Hintze** (St. Petersburg), **Karrer** (Erlangen), **Krueg** (Ober-Döbling bei Wien), **Landsberg** (Ostrowo), **Langreuter** (Dalldorf), **Möbius** (Leipzig), **Fr. Müller** (Graz), **Neuendorf** (Sonnenstein), **Nieden** (Bochum), Professor **Obersteiner** (Wien), **Pierson** (Dresden), **Pollák** (Grosswardein), **Rabow** (Berlin), **Reinhard** (Dalldorf), **Rohden** (Oeynhausen), **Schäfer** (Pankow), **Schulz** (Braunschweig), **Sponholz** (Jena), **Stenger** (Pankow), **Seeligmüller** (Halle a. d. S.) **Sury-Bienz** (Basel), **Voigt** (Oeynhausen), **Wähner** (Creutzburg),

herausgegeben und redigirt

von

Dr. Albrecht Erlenmeyer,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

IV. Jahrgang 1881.



Commissionsverlag von Georg Böhme in Leipzig.

Verzeichniss der Originalarbeiten.

Ein genaues, alphabetisch geordnetes, Inhalts-Verzeichniss findet sich am Ende des Blattes.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.
Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. 1. Januar 1881. Nro. 1.

INHALT.

I. Originalien.

Ueber allgemeine Faradisation.

Von Dr. ENGELHORN,
Oberamtsarzt in Maulbronn.

In Nro. 47 der Berliner klinischen Wochenschrift dieses Jahres ist ein Vortrag des Dr. Möbius (gehalten in der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig) mitgetheilt, in welchem derselbe hervorhebt, dass das Verfahren der allgemeinen Faradisation, welches von amerikanischen Autoren als ein durchgreifendes Mittel bei allgemeiner Nervosität gerühmt wird, in Deutschland noch zu wenig Nachah-

mung gefunden habe, und dass keine Arbeit erschienen sei, welche sich mit dieser Frage beschäftige. Angeregt durch diese Mittheilung will ich in Folgendem 2 Fälle beschreiben, in welchen ich die allgemeine Faradisation angewandt habe. Die Methode, welche von Beard und Rockwell angegeben ist, besteht darin, dass successive der ganze Körper mit dem electrischen Strome in Berührung gebracht wird. Dies wird in der Weise ausgeführt, dass die entkleideten Füsse des Patienten auf einer erwärmten und angefeuchteten Kupferplatte ruhen, welche ungefähr 2 Mm. dick, 20 Cent. lang und 10 Cent. breit ist, indem der Kranke entweder auf der Kupferplatte steht oder bequemer in der Rückenlage dieselbe an das Fussende der Bettlade anpresst. Mit dieser Kupferplatte ist nur an einem an ihrer Langseite befindlichen Stil die eine von den Leitungsschnüren eines Inductionsapparates in Verbindung zu bringen, während an der andern eine gewöhnliche Schwammelectrode befestigt wird. Man beginnt nun die Sitzung mit schwachen Strömen (10 Rollenabtsand einer Stöhrer'schen Maschine), welche allmälig verstärkt und abgeschwächt werden, je nach den Körperprovinzen, welche man vornimmt. Auf diese Weise werden während einer bis zu 25 Minuten dauernden Sitzung verschiedene Körperstellen, Kopf, Rumpf, Extremitäten der Reihe nach vorgenommen, indem man die Schwammelektrode theils fest aufsitzen lässt, theils in streichender Bewegung über die Haut hinführt. Anstatt die Kupferplatte unter die Füsse zu legen, kann man sie auch unter dem Kreuze appliciren oder die Kranken auf derselben sitzen lassen.

Auf diese Weise habe ich folgende 2 Fälle behandelt.

Der erste bezieht sich auf ein 19 jähriges Mädchen, welches an schweren Anfällen epileptischen Irreseins litt und in der Heilanstalt Winnenthal untergebracht war, wo ich damals als Assistenzarzt thätig war. Ich unterlasse es ihr Grundleiden genauer zu schildern und begnüge mich mit Angaben über den Symptomencomplex, welcher die Indication zur allgemeinen Faradisation abgab. Derselbe bestand in einer hochgradigen psychischen und somatischen Erschöpfung welche nach den Anfällen sich einzustellen pflegte und oft auch in der intervallären Zeit unabhängig von vorangegangenen Anfällen häufig eine Steigerung erlitt. Namentlich wurde geklagt über heftige Kopfschmerzen und Schwindel, Herzpalpitationen, allgemeine Abgeschlagenheit und Mattigkeit. Der Schlaf war unruhig und von aufgeregten Träumen ängstlichen Inhalts vielfach gestört. Dabei bestand beinahe gänzliche Appetitlosigkeit und grosse Trägheit der Verdauung. Nach der ersten Sitzung, welche ich auf den Rath des Herrn Direktor Zeller bewerkstelligte, und in welcher ich hauptsächlich den Rücken und den Kopf vornahm war unmittelbar auf die Electrisation ein ungemeines Wohlbehagen eingetreten: der Kopf war frei, das Kraftgefühl gehoben, die Stimmung eine glückliche. Diess veranlasste mich auf dem eingeschlagenen Wege fortzufahren und in 12 Sitzungen, welche ich in Zwischenräumen von 2—3 Tagen auf einander folgen liess, war

Patientin beinahe ganz frei von ihren Beschwerden und mit dem Eintreten eines guten Appetits war nach kurzer Zeit auch die Ernährung soweit gehoben, dass die Kranke als temporär genesen aus der Anstalt entlassen werden konnte.

Ich erwähne absichtlich, dass sie bezüglich ihrer Anfälle epileptischen Irreseins wenige Wochen nach ihrer Entlassung rückfällig wurde, damit es nicht den Anschein haben möge, als hätte ich mit der allgemeinen Electrisation gegen die epileptische Erkrankung als solche vorgehen wollen. Nur den oben beschriebenen Schwächezustand der nervösen Functionen wollte ich bekämpfen und dies ist in überraschend günstiger Weise gelungen.

Der 2. Fall in welchem ich die allgemeine Faradisation anwandte, betraf eine Dame aus meiner Privat-Praxis, welche seit 16 Jahren an Hystero-Melancholie litt. Im Laufe einer vielgestaltigen und wechselvollen Krankheit hatte sich ein Zustand herausgebildet, bei welchem grösste Kraftlosigkeit, vollkommenes Daniederliegen der Verdauung und beinahe gänzliche Schlaflosigkeit im Vordergrund noch vieler anderer Erscheinungen waren. Die Anwendung der allgemeinen Electrisation, welche in gleicher Weise geschah wie bei der ersten Patientin, war auch hier von entschiedenem Erfolg. Nach 5 Wochen, während welchen 12 Sitzungen vorgenommen wurden, gelang es den Schlaf entschieden zu bessern, die allgemeine Schwäche, wenn auch nicht wesentlich, zu heben. Die beste Wirkung jedoch war die auf die Verdauung. Während die Kranke vorher nie mit Appetit gegessen, zu den verschiedensten Tageszeiten die unzweckmässigsten Mittel zur Stärkung ohne Wahl zu sich genommen hatte, gewöhnte sie sich nun — freilich unter gleichzeitigem strengem psychischem Regime — an 3 regelmässige Mahlzeiten, bei welchen sie mit grosser Lust und in gehöriger Menge eine von Fleisch, Mehlspeisen und Gemüse in landesüblicher Weise gemischte Nahrung zu sich nahm.

Zu erwähnen ist, dass auch hier gleich die ersten Sitzungen von einem grossen Wohlbehagen gefolgt waren, welches sich allerdings nach längerer Anwendung verlor, weshalb auch die Methode später nicht mehr fortgesetzt wurde, obwohl die Schwäche noch nicht vollständig gehoben war.

In diesen beiden Fällen, namentlich im ersten hat diese Methode entschieden das geleistet, was von ihr nach den Schilderungen ihrer amerikanischen Erfinder erwartet werden konnte und mit Recht wundert man sich darüber, dass sie in Deutschland fast ganz unbeachtet blieb. Dies mag einerseits in dem Misstrauen seinen Grund haben, welches den transatlantischen Forschungen häufig entgegengebracht wird und andererseits in der Unbequemlichkeit und Umständlichkeit der Methode selbst. Diese muss natürlich zugegeben werden; aber wenn auch Arzt und Patient auf eine grosse Geduldsprobe gestellt werden, so wird das Ausharren Beider entschieden auch belohnt. Namentlich das unmittelbar auf die Sitzung folgende Wohlbehagen wirkt jedesmal für beide Theile von Neuem belebend

und ermuthigend. Das Misstrauen aber, welches die amerikanischen Forscher bei Vertretern der deutschen Wissenschaft häufig finden, sollte, wenn es auch durch mancherlei Ausschreitungen und Uebertreibungen immer wieder von Neuem wach gerufen wird, nicht soweit gehen, dass man ohne objective Prüfung Thatsachen nur deshalb nicht würdigt, weil sie jenseits des Oceans gefunden worden sind.

II. Referate.

---

1) **Adamkiewicz** (Krakau): Bilaterale Funktion und Sinapiskopie. (Przeglad lekarskie Nr. 47 u. 48, 1880.)

Ein Grundgesetz des sich entwickelnden und des entwickelten Organismus ist die bilaterale Symmetrie seines Aufbaues. Da nun die Function die Erscheinung der Thätigkeit der anatomischen Apparate ist, so müsste es auch bilaterale Funktionen geben. A. endeckte 1877, dass die Schweissabsonderung eine reine Nervenfunction sei. Die Schweissnerven sind theils cerebrospinalen, theils sympathischen Ursprungs. Die Reize, durch welche dieselben und die von ihnen versorgten Drüsen in Thätigkeit gesetzt werden, sind gleichzeitig die drei Hauptthätigkeiten der Seele: Bewegung, Empfindung und Vorstellung. Physiologisch ausgedrückt bildet die Schweissabsonderung durch Erregung motorischer Nerven eine Art Mitbewegung, durch Erregung sensibler Nerven ist sie ein einfacher Reflex, endlich durch Gemüthsbewegungen, namentlich deprimirender Art hervorgerufen, ist sie ein centraler Reflex. Stets tritt die Thätigkeit der Schweissdrüsen an zwei, völlig symmetrisch gelegenen Körperstellen auf. A. bezeichnete sie deshalb als bilaterale Funktion. Solcher bilateraler Funktionen gibt es nun eine ganze Gruppe. Beim neugeborenen Thiere und ebenso beim neugeborenen Kinde entwickelt sich die psychomotorische Sphäre, d. h. der Wille später als die Empfindung. Beim Menschen kommt später noch die Eigenschaft der Reflexion hinzu. Die Seele beherrscht jetzt nicht allein die cerobrospinalen, sondern auch die sympathischen Nerven. Die ganze Gruppe der sogenannten psychophysischen Funktionen bildet den genau begrenzten Inhalt der bilateralen Funktionen. Der Kreis derselben muss jedoch erweitert werden, wie die sogenannte Metallotherapie oder Metalloscopie, welche kürzlich aus Frankreich zu uns kam, gelehrt hat. Der erste Entdecker derselben, Burcq, fand als er 48 zuerst damit hervortrat, allgemeinen Unglauben. Die Commission, welche seine Lehre bestätigte, machte eine wichtige Beobachtung. In dem Masse, wie bei mit halbseitiger Empfindungslähmung behafteten Personen die Anästhesie an der Berührungsstelle zwischen Haut und Metallplatte verschwand, entstand dieselbe an einer genau correspondirenden Stelle der gesunden Körperhälfte. Dieser sogenannte „Transfert“ ist ein neues Zeichen der bilateralen Funktionen. Da die Metallplatten als Nervenreize wirken mussten, so ersetzte sie

A. durch andere Reizmittel und zwar durch Sinapismen. Da er nach denselben ganz dieselben Erfolge, wie nach der Auflegung von Metallplatten beobachtete, so nennt er die Erscheinungen diejenigen der Sinapiskopie. Eine Anästhesie, welche auf irgend welche Mittel verschwindet, muss centralen Ursprungs sein. Es gibt zwei Arten centraler Anästhesie, eine anatomische und eine sogenannte molekuläre oder psychische. Die erstere ist die Folge von Bluterguss in gewissen Hirntheilen. Bei einem 27jährigen Manne mit vollständiger motorischer und sensibler, linksseitiger Lähmung in Folge von Schlaganfall beobachtete A. nach dem Auflegen eines Sinapismus auf eine Extremität der kranken Körperhälfte, an welcher sämmtliche Gefühlsqualitäten gelähmt waren, an dem Orte der Application Rückkehr der Schmerzempfindung, aber nicht des Temperatursinnes. Dieselbe verbreitete sich über die ganze anästhetische Körperhälfte innerhalb 24 Stunden, machte jedoch stets in 6—8 Tagen der früheren Anästhesie Platz. Die Sensibilität der gesunden Körperhälfte erfuhr hier keine Aenderung. Die Sektion ergab ausgebreitete Erweichung in der rechten Hirnhalbkugel, welche ihren Ursprung von einem Bluterguss im Linsenkern nahm. In den Fällen psychischer, oder hysterischer Anästhesie war der Erfolg des Sinapismus ein sehr verschiedener, da dieselbe in 3 verschiedenen Arten aufzutreten pflegt: 1. in Form halbseitiger Anästhesie mit unvollständiger Lähmung aller Sinnesapparate, derselben Seite, 2. Als sensible und sensuelle Lähmung neben Parese derselben Körperhälfte und 3. in Form zerstreuter Gefühlsstörungen. Bei einem 26jährigen Mädchen war angeblich nach Typhus völlige Anästhesie der linken Körperhälfte und der unteren Theile beider rechten Extremitäten zurückgeblieben. Der Sinapismus bewirkte im Verlaufe einer bis zwei Stunden Rückkehr der normalen Empfindlichkeit, die jedoch nur einige Tage dauerte und nicht viel über die gereizte Hautstelle hinausreichte. Andere Erscheinungen traten in den gewöhnlichen Fällen hysterischer Hemianästhesie auf. Eine 22jährige Frau litt an linksseitiger Anästhesie mit Ovarialschmerz, Amblyopie und Verminderung des Gehörs links seit vielen Monaten. Nach $1^1/_2$ 2stündiger Einwirkung eines Sinapismus röthete sich die betreffende Hautstelle und wurde gegen Reize jeder Art empfindlich, während die Prüfung der symmetrisch gelegenen Hautstelle der gesunden Körperhälfte völligen Verlust ihrer Empfindlichkeit zeigte. Nach einigen Tagen kehrte der frühere Zustand zurück und liess sich in derselben Weise beseitigen. Später verbreitete sich die Empfindlichheit von der Applicationsstelle über die ganze kranke Körperhälfte. Auch verschwand die Amblyobie und Schwerhörigkeit, während die Anästhesie der gesunden Körperhälfte niemals den ursprünglichen Umfang des Sinapismus überschritt und später ganz verschwand. Die Dauer der Heilung wurde noch nach einigen Monaten konstatirt.

Eine 30jährige Frau litt an so schweren Zufällen halbseitiger Parese, (welcher Seite?), dass sie das Bild apoplektischer Hemiplegie darbot. Ovarialschmerz, ausgeprägte Amblyopie und Abstumpfung des Geschmacks, Geruchs und Gehörs auf der kranken Seite erleichtern

die Diagnose „Hysterie." Die kranke Körperhälfte war auch völlig anästhetisch. Die Kranke kann im Bett den Fuss nur wenig heben, die obere Extremität im Ellenbogen nur schwach und die Finger kaum krallenartig beugen. Die gelähmte Körperhälfte ist kalt, wie Eis, Temperatur der Hohlhand und zwischen den Fingern 30° C., auf der gesunden Seite 35° und mehr. Eine halbe bis 3/4 Stunde nach Application des Sinapismus auf irgend eine Stelle der kranken Seite entsteht Gefühl von Brennen am Orte der Reizung später Ameisenkriechen, auf der kranken Seite nach unten auf der gesunden nach dem Kopfe zu. Die Geschwindigkeit dieses in der Frontalebene kreisenden Stroms nahm mit der Dauer der Application zu. Gleichzeitig steigerten sich Motilität und Sensibilität in der kranken Körperhälfte, während sie in der gesunden abnahmen. Das Gesicht nimmt den Ausdruck der Angst an, die Augen werden weit aufgerissen, die Kranke schreit und wirft sich mit grosser Kraft im Bette herum. Entfernung des Sinapismus beseitigt sofort den Tobsuchtsanfall, wonach starke Ermattung und Apathie folgt. Nach solchen Anfällen folgt völliger Transfert, auch bezüglich der Temperatur. Nur Sinapismus macht ihn verschwinden. Die Frage, ob auch unter normalen Bedingungen ein ähnliches Verhältniss der Empfindlichkeit zwischen symmetrischen Hautstellen bestehe, suchte A. im Verein mit Dr. Adler zu beantworten und theilt aus dessen Dissertationen Folgendes mit: Messungen am Gesunden an symmetrischen Hautstellen betreffs der Schmerzempfindlichkeit, und des Tast- und Ortssinns ergeben, das beide sich an der Applicationsstelle des Sinapismus verschärfen, während sie an der symmetrischen, nicht gereizten Hautstelle stumpfer werden. Zum Beweise theilt A. Tasterzirkel-Versuche, betreffs der einheitlich empfundenen Minimaldistanzen der Zirkelspitzen an 4 Gesunden mit. Bekanntlich machte Weber die Feinheit des Ortssinns von den sogenannten Empfindungskreisen abhängig. Ein solcher Empfindungskreis, welcher der Maximaldistanz zweier in einen verschmolzenen Eindrücke entsprach, sollte der anatomische Ausdruck eines von einer Nervenprimitivfaser versorgten Hautbezirks sein. Die Beobachtung Volkmann's, dass die Empfindungskreise sich durch Uebung verkleinerten, interpretirte Weber dahin, dass zwei Eindrücke nur dann nicht verschmelzen, wenn zwischen den beiden gereizten sich nicht gereizte Kreise befinden, deren Zahl durch Uebung abnehme. Die Sinapismusexperimente werfen diese anatomische Theorie um und beweisen, dass der Ortssinn eine rein psychische Funktion ist. Das Verhalten des Temperatursinns untersuchte Asch auf A.'s Veranlassung und fand, dass die gereizte Hautstelle gegen Temperaturdifferenzen empfindlicher wird, während der normale Temperatursinn der symmetrisch gelegenen Hautstelle nicht abnimmt. Aus diesem abweichenden Verhalten geht hervor, dass Temperatur- und Ortssinn verschiedene Funktionen der Haut sind, die wahrscheinlich verschiedenen Nerven angehören. Die bilateralen Funktionen sind nach A. der Ausdruck der Funktionen bilateral gelegener Nerven und Ganglien. Dieselben theilen sich gegenseitig ihre Reizung mit und zwar die Ganglien der psychophysischen Funk-

tionen in positivem, die Sinnes-Funktionen der Haut in negativem Sinne. Zur Erklärung dieser Verschiedenheit ist A. ausser Stande und sucht sie blos durch ein Bild aus der Induktions- und Magneto-Elektrizität zu verdeutlichen. Er fügt zum Schluss hinzu, dass andere Forscher die Richtigkeit seiner Resultate bestätigt und dieselben durch eigene Beobachtungen bereichert haben. Ein Theil derselben habe sich auch seiner Deutung des beobachteten Gegensatzes angeschlossen, während ein anderer die Erscheinung als vasomotorischen Reflex, und die Abstumpfung der Hautempfindlichkeit als die Folge der reflektorisch hervorgerufenen Blutleere betrachte. Wenn dem so wäre, so müsste der Sinapismus die Temperatur auf der gereizten Seite erhöhen, auf der nicht gereizten herabsetzen. Gerade das Gegentheil ist der Fall, wie A. durch eine am Schlusse angeführte Reihe von Zahlen aus seinen Experimenten-Protokollen beweist. Landsberg (Ostrowo).

---

2) **Roberts Bartholow**: The transfer of sensations. (Vortrag auf der Versammlung der American Neurological Association, 10. Juni 1880).
(The Journal of nerv. and ment. disease Juli 1880.)

Aufmerksam geworden durch eine Beobachtung an einem Patienten hat Vortr. weitere Versuche angestellt und gefunden, dass wenn man einen schmerzhaften Reiz auf bestimmte Hautnerven eines Gliedes ausübt, in dem andern Gliede *derselben* Seite und zwar im entsprechenden Nerven ebenfalls eine schmerzhafte Empfindung auftritt. Einen wirklichen Transfer aber, also Empfindungsänderung in demselben Nerven der andern Seite konnte er nicht wahrnehmen. Karrer (Erlangen).

---

3) **Aug. Walter**: On muscular spasms known as „Tendon-Reflex".
(Brain, Juli 1880.)

Zur Entscheidung der Frage, ob die Phänomene der sogen. Sehnenreflexe auf direkter Reizung oder auf reflectorischer Erregung beruhen, hat Verf. bei einer Anzahl von Kranken, welche zum Theil sowohl das Knie- als auch das Fussphänomen darboten, die Zeitintervallen bestimmt, welche zwischen der mechanischen Reizung und dem Auftreten des Reizeffectes liegen. Er fand, dass auf Beklopfung der Achillessehne die Gastrocnemiuscontraction nach 0,13 – 0,04 Sec. auftritt und dass dieselbe Zeit verfliesst, bis nach Beklopfung der Patellarsehne die Zuckung im Rectus femoris erscheint. Ferner ergab sich, dass bei Patienten die sowohl Knieclonus, als Fussclonus zeigten, 8 – 10 Contractionen per Secunde in beiden Fällen zu verzeichnen waren. Verfasser schliesst hieraus auf die Identität aller dieser Phänomene und spricht sich gleichzeitig gegen die Reflextheorie aus; indem bei Annahme der letzteren zur Entstehung des Fussphänomens ein längerer Zeitraum nöthig sein müsste, als zur Entstehung des Kniephänomens. Zum Schlusse seiner Betrachtung stellt Verf. folgende Reihenfolge betreffs der Wirksamkeit verschiedener, zur Erzeugung der Sehnenphänomene angewendeter Reizungsmethoden auf:

1. Der galvanische Strom.
2. Der faradische Strom.
3. Directe Percussion des Muskels.
4. Percussion der Sehne eines Muskels.
5. Percussion des Knochens, an welchem sich die Sehne inserirt.
6. Percussion noch entfernterer Theile.

Reagirt ein Muskel auf irgend einen dieser Reize, so reagirt er auch auf alle in dieser Reihenfolge vorhergehenden Reize. Wenn dagegen ein Muskel auf einen dieser Reize *nicht* reagirt, so bleiben auch die in obiger Reihenfolge nachstehenden Reize erfolglos. Die Reaction eines normalen Muskels rangirt zwischen 3 und 4. Die Erregbarkeit kann sich aber zur Reaction 5, oder zu 5 und 6 steigern oder aber auf 2 und 1, auf 1 oder auf 0 herabgesetzt sein. Verf. ist geneigt, den durch spinale Centren ermittelten, reflectorischen Muskeltonus als zum Entstehen der Sehnenphänomene unerlässliche Bedingung zu betrachten, während er im Uebrigen diese letzteren nicht als Reflexe anerkennt.

Pierson (Dresden).

---

4) **M. Mendelssohn:** Étude sur l'excitation latente du muscle chez la grenouille et chez l'homme dans l'état sain et dans les maladies.

M. berichtet über seine Forschungen nach der Dauer der latenten Reizung. Er fand dass sie beim Gastrocnemius des Frosches nicht constant ist (im Mittel 0,008) und mit der Elasticität, der Reizbarkeit und der Contractilität des Muskels in Zusammenhang steht. Am gesunden Menschen finden sich etwa dieselben Verhältnisse. Bei Kranken fand er die Zeit der latenten Reizung vermehrt oder vermindert (von 0,002 bis 0,010 u. mehr), wenn er die kranke Seite mit der gesunden verglich. Eine Vermehrung fand er 1) bei alter und mit Atrophie der Muskeln complicirter Hemiplegie 2) bei progressiver Muskelatrophie; 3) bei der amyotrophischen Seitenstrangsclerose, wenn die Atrophie sehr ausgesprochen war; 4) bei der Ataxie locomotr. progr. in der 2. und 3. Periode: 5) bei der fleckweisen Degeneration; 6) bei lange bestehender paralysis agitans. *Vermindert* war die Zeit der latenten Reizung 1) bei Hemi plegie mit Contracturen; 2) bei tabes dorsalis spasmodica; 3) bei chorea senilis; 4) bei hysterischer Contractur. Er zieht den Schluss dass die Dauer der latenten Reizung im normalen Zustand nicht constant und in keinem Zusammenhang mit der Kraft und dem Volumen der Muskeln ist. Im pathologischen Zustand stände sie im umgekehrten Verhältniss zur Erregbarkeit und Contractilität der Muskeln und hinge überhaupt von trophischen Störungen dieser Organe ab.

Rohden (Oeynhausen).

---

5) **M. Mendelssohn**: Die Sehnenreflexe vom physiologischen und klinischen Standpunct.

(Gazeta lekarska 1880 Nro. 9.)

Bezugnehmend auf seine soeben referirte französische Areit bespricht er die Sehnenreflexe in verschiedenen Krankheiten. Als

Schüler Charcot's theilt er bei der spastischen Spinalparalyse die seiner Meinung nach nicht vollständig verstandene Theorie seines Lehrers über die Entstehung der Contracturen mit. Diese entstehen nicht allein durch die Sclerose der Seitenstränge, sondern unter Mithülfe der vorderen Hörner des R.-M. Er fasst die grossen Zellen der Vorderhörner mit den dazu gehörigen Muskeln u. den sie verbindenden Nervenwegen als selbständige Organe auf, deren Centraltheil die Ganglienzelle, deren peripheren das Muskelgewebe ausmacht. Jede Veränderung dieser Ganglienzelle muss früher oder später bei intacter Nervenleitung, einen Ausdruck im Muskelgewebe finden, wie die verschiedenen amyotrophischen Veränderungen dies zeigen. Die Störung der Vorderhornzelle kann durch einen destructiven oder irritativen Process stattfinden. Im ersten Falle unterliegt die Zelle einer Umgestaltung oder Vernichtung und gleichzeitig schwindet der Muskel (degenerative Atrophie) und verliert seine Reizbarkeit; so entstehen die vom R.-M. ausgehenden amyotrophischen Störungen, die primär, prothopatisch sein können oder secundär (amyotrophia deutropathica), wenn die Störung der Zelle erst von einem anderen Theil des R.-M., namentlich von den primär afficirten Seitensträngen bei der sclerosis lateral. amyotrophica, übergreift. Die Veränderung der Seitenstränge greift nicht immer mit vernichtender Kraft über auf die Vorderhörner sondern entfaltet nur einen reizenden, dynamischen Einfluss, in Folge dessen der Zelle und Muskulatur Reizbarkeit mässig vermehrt wird und zur Entstehung der permanenten Contractur führt. Diese irritative Einwirkung auf die Ganglienzelle soll auch der Grund der Verstärkung des Kniephänomens bei der spastischen Spinalparalyse sein.

Bei einer Kranken der Charcot'schen Abtheilung mit sclerosis later. amyotrophica wurden „die bedeutend verstärkten Sehnenreflexe mit dem Fortschreiten der Atrophie derart schwächer, dass an den Stellen, wo die Reflexe ganz geschwunden waren, die Muskeln auf electrischen Reiz nicht mehr reagirten."

Das Verhalten der Sehnenreflexe bei den cerebralen Hemiplegieen hat Brissaud untersucht und M. zur Mittheilung ermächtigt. Das Kniephänomen entsteht mit der secundären Contractur bei Hemiplegie d. h. mit der secundären Degeneration der Seitenstränge, oft schon vorher und zeigt dann das Erscheinen der Contractur an; es nimmt ab oder schwindet wenn an der Stelle der Contractur Atrophie der Musculatur tritt (secundäre Degeneration der Vorderhörner). Bei der Hysterie fand er das Kniephänomen auf der anaesthetischen Seite verstärkt.

Zum Schluss hält er beide referirte Arbeiten zusammen: Latente Reizung und Kniephänomen (wahrscheinlich alle Sehnenreflexe) stehen im umgekehrten Verhältniss ihrer Stärke. „Jede Verstärkung oder Abschwächung des Phänomens ist verknüpft mit einer Verkürzung resp. Verlängerung der physiologischen Reaction d. h. der Zeit, welche zwischen dem Moment des Schlags auf die Sehne und dem Moment des Verkürzungsbeginns verfliesst." Er nimmt neben der Hemmung in der grauen Substanz die unter verschiedenen Einflüssen ab oder zunimmt eine Hemmung irgendwo anders z. B. im

Muskel selbst an. Strychnin vermindert diese Hemmung und die latente Reizung wie M. angibt, vermehrt die Energie und verkürzt, wie Berger und Strümpell fanden, die Zeitdauer des Phänomens. Ebenso geschieht es durch Reizung der Vorderhörner bei der Seitenstrangsclerose. Bei den Fällen wo man keine Veränderung des Widerstands im R.-M. annehmen kann, ist eine grössere Erregbarkeit der Muskeln vorhanden, der Reiz, beim Muskel angelangt, bleibt nur kurze Zeit im latenten Stadium und ruft schnell die Verkürzung hervor. Rhoden (Oeynhausen).

---

6) **C. Lange** (Kopenhagen): Til Karakteristik af Supraorbitalneuralgien. (Hospitals-Titende 1880 No. 37.)

L. hebt hervor, dass die *isolirte* Supraorbitalneuralgie mehre ausgesprochene Eigenthümlichkeiten gegenüber den neuralgischen Schmerzen der Stirn, welche Theilerscheinung einer vollständigen Trigeminusneuralgie sind, darbieten. Sie zeigt mit seltenen Ausnahmen und mehr als andere Neuralgieen einen vollständig *regelmässigen intermittirenden Typus*, so dass sie jeden Tag genau um dieselbe Zeit — und zwar in einzelnen Fällen auch zweimal täglich — auftritt und aufhört, worauf eine absolut freie Periode folgt. Diese regelmässigen Paroxysmen können sich Wochen und Monate lang wiederholen, und auch nach Beseitigung durch therapeutische Eingriffe pflegt das Uebel sich nach dem alten Typus wieder einzustellen. Bekanntlich ist das intermittirende Auftreten der S. von manchen Beobachtern auf eine Malariavergiftung bezogen, also als lawirte F. intermittens aufgefasst worden. Dies ist nach *L.* bei seinen Beobachtungen entschieden nicht zulässig, und hatten weder antiseptische Medicamente, besonders Chinin, die in fast allen beobachteten Fällen angewendet waren, deutliche Einwirkng gezeigt, noch konnten jemals Fieberanfälle noch Milzschwellung nachgewiesen werden. *L.* will damit nicht behauptet haben, dass nicht auch Malariaintoxication sich in der Form einer intermittirenden Neuralgie, speciell in typischen Anfällen von S. äussern könne.

Als zweites characteristisches Verhalten der S. betont *L.* die Neigung zu *periodischem Auftreten.* Ohne alle Behandlung schwindet das Leiden nach wenigen Wochen oder Monaten, um wieder ohne Ursache nach einigen Monaten von Neuem aufzutreten. Diese Wiederholungen zeigen in einigen — nicht in allen — Fällen eine gewisse Regelmässigkeit, und treten dann stets zu bestimmten Jahreszeiten auf.

Ferner ist die Neigung, *gleichzeitig beide Seiten der Stirn* zu befallen, hervorzuheben. Und zwar so, dass entweder, nachdem der Schmerz die eine Seite betroffen, auch die andere, aber in geringerem Grade betheiligt wird, oder gleich anfangs ein doppelseitiges Auftreten statt findet, dann aber der Schmerz sich ganz oder vorwiegend auf die eine Seite concentrirt. Oder so, dass nach Aufhören auf der einen Seite die andere erkrankt, oder in einer Schmerzperiode die eine, in einer anderen die andere die leidende ist.

Endlich hebt L. als Eigenthümlichkeit gegenüber anderen Neuralgien hervor, dass die S. meist Individuen im *jüngeren Lebensalter* ergreift, und zwar sehr selten solche über 40 Jahre, während die untere Grenze in L's Fällen durch das 12. Lebensjahr bezeichnet wurde.

Die *Prognose* wird als absolut gut bezeichnet. Der galvanischen Behandlung weicht die isolirte S. schneller und leichter als alle andere Neuralgieen, hat dagegen mehr Neigung zu recidiviren als diese. Die Wirkung des constanten Stromes tritt schon während der Sitzung ein, doch findet meist einige Stunden später ein Wiederauftreten, aber in geringerer Intensität und von kürzerer Dauer statt. Die folgenden Anfälle werden immer leichter und kürzer als die früheren und einige wenige Wiederholungen der Sitzungen machen sie vollständig schwinden. Man braucht die Behandlung nur auf die vorwiegend ergriffene Seite zu richten. Wenn man hier die Heilung erreicht hat, so schwindet der Schmerz auch auf der anderen, so dass derselbe in dieser Beziehung den Character einer Irradiationserscheinung darbietet. In den Fällen, die Verf. zur Beobachtung kamen war Chinin wirkungslos gewesen. Zur Verhütung eines neuen periodischen Auftretens empfiehlt er den Gebrauch von Arsenik. Dehn (Hamburg).

---

7) **C. Lange** (Kopenhagen): Neuropatologisk Kasuistik og Kritik. 4. Et Par Notitser til Neuralgiernes Patologi og Behandling. a) Om Behandlingen af *Ischias* ved Kauterisation af Helis auris.

(Hospitals-Tidende 1880 No. 36.)

Verf., der schon früher (Hos.-Tid. 1875 p. 754) einige Fälle von Behandlung der Ischias mittelst Cauterisation des Helix mitgetheilt, welche zu näherer Prüfung dieser neuerdings nur noch selten angewendeten „etwas abenteuerlich aussehenden" Methode aufforderten, ist jetzt in der Lage, über 9 innerhalb von 10 Monaten beobachtete Fälle der Art zu berichten. Es kam *L.* bei der epikritischen Würdigung seiner Fälle natürlich hauptsächlich darauf an festzustellen, welche Formen von Ischias durch die in Rede stehende Behandlung günstig beeinflusst werden könnten, und trennt *L.* seine Fälle deshalb in die eigentliche *peripherischen* und in die *reflectorischen*, während er von den durch organische Rückenmarkserkankungen bedingten projicirten Ischialgieen für diese Behandlungsmethode gänzlich absieht. *L.* hebt bei dieser Gelegenheit hervor, dass die reflectorische Ischias selten richtig diagnosticirt werde, dass sie sehr viel häufiger sei, als von den Autoren angenommen zu werden pflege, ja, mit der peripherischen an Häufigkeit wetteifere. Aus den mitgetheilten Krankengeschichten geht hervor, dass die Cauterisation vorzüglich auf *peripherische* Ischias, wenn sie nicht allzu lange bestanden, weniger auf die reflectorische Form wirke. Jedenfalls wurde in fast allen Fällen von peripherischer I. unmittelbar nach der Cauterisation bemerkbare bedeutende Verminderung der Schmerzen beobachtet. Es scheint, soweit man nach den wenigen Fällen ur-

theilen kann, dass der Erfolg zunächst kein vollständiger ist, sondern dass ein geringer Rest des Leidens noch eine Zeitlang bestehen bleibt. *L.* hat sich in allen seinen Fällen statt des bisher angewendeten Cauterium actuale der Wiener Pasta bedient, und zwar deshalb, um bei einem immerhin noch zweifelhaften Versuch nicht allzu abschreckend auf die Patienten zu wirken. Die Schmerzen bei der Aetzung sind nicht sehr heftig und erreichen ihren Höhepunkt nach 4—5 Minuten, dagegen zeigt sich nach ca. 6 Wochen, wenn die Narbenbildung vollendet ist, der Helix etwas deformirt.

Dehn (Hamburg)

---

8) **C. M. Smythe**: Subcutane Atropin-Injectionen ein Specificum gegen Ischias.

(St. Louis Med. and Surg. Journ. Sept. 5. 1880.)

Nachdem Verf. einem seit 18 Monaten an heftiger Ischias leitenden Kranken aus Versehen $^1/_{12}$ Gran (= 0,005 Gramm) Atropin. sulf. eingespritzt hatte und hierauf neben einer schnell verschwindenden Intoxication vollständige Heilung der Ischias eingetreten war, hat er in mehreren anderen Fällen das Atropin in einmaligen grossen Dosen mit ausgezeichnetem Erfolge angewendet. Er empfiehlt Dosen von $^1/_{24}$—$^1/_{12}$ Gran; etwaige bedrohliche Intoxicationserscheinungen soll man durch Morphium bekämpfen; er selbst ist dazu nie genöthigt gewesen. Kleinere Quantitäten zu geben, sei unräthlich, weil man dann öfters injiciren müsse und die Kranken, nachdem sie einmal die Unannehmlichkeiten der Begleiterscheinungen durchgemacht, zu einer Wiederholung der Injectionen schwer zu bewegen sein dürften.

Pierson (Dresden).

---

9) **Charles Black**: Fall von Fractur und Dislocation der Wirbelsäule.

(The Saint Louis Medical and Surgical Journal 1880 20. Juni.)

Ein 54jähriger Deutscher wurde aus einem Wagen mit Kopf und Nacken auf gefrorenen Boden geworfen. Bei erhaltenem Bewusstsein fuhr er am folgenden Tage mit bis auf den Hals freien Bewegungen 4—5 Meilen. Am Abend dieses Tages hatte er Schwindelanfälle, Kältegefühl und Taubheit wechselnd in der linken Seite namentlich im linken Arm bald im Gebiet des radialis bald des ulnaris, und auch im Fuss und Arm wechselnd. Ausserdem Gefühl von Ausgerissenwerden der Muskeln und Klingen in den Ohren, vermehrte Schweisssecretion des linken Beins.

Die Untersuchung nach vier Monaten constatirte abnorme Prominenz und Beweglichkeit auf und abwärts rechts am vierten Halswirbel. Im Rachen liess sich ein Vorstehen des vermuthlich dritten Wirbelkörpers constatiren und man schloss auf eine Verrenkung des dritten Wirbels nach vorn und auf subacute Myelitis. Weitere Beobachtung mangelt.

Rohden (Oeynhausen.)

---

10) **D. N. Rankin**: Trepanation der Hirnschaale wegen traumatischer Epilepsie.

(The Saint Louis Medical and Surgical Journal 1880. 20. Juni.)

Ein 34jähriger Franzose wurde vor sechszehn Jahren durch eine Minierkugel an den Vorderkopf getroffen, war einige Stunden bewusstlos und man constatirte damals eine beträchtliche Schädelimpression. Drucksymptome veranlassten Anwendung des Trepans, worauf Besserung eintrat, so dass er sich nach 16 Tagen zu seiner Truppe zurückbegab und noch ein Jahr lang Militairdienste leistete. Nach einem wilden Leben traten zwei Jahr nach der Verwundung epileptische Krämpfe auf, anfänglich alle drei Monat, später täglich, so dass er lebensüberdrüssig den drückenden Knochen zu entfernen bat. Ein $2\frac{1}{2}$ Zoll langes und $1\frac{3}{4}$ Zoll breites Stück des Schädeldaches wurde mit Trepan und Säge entfernt links vom Frontalsinus. An dem entfernten Stücke fand sich eine warzenförmige Exostose der inneren Schädelfläche. Am Tage nach der Operation geringer epileptischer Anfall. Seitdem bis zum dritten Tag, bis zu welchem die Angaben gehen, neben etwas Kopfschmerz kein weiterer Anfall. Leider ist der weitere Verlauf nicht geschildert. (!)

Rohden (Oeynhausen).

---

11) **R. P. Rostoschinski**: Ein Fall von Gehirnabscess (in thalamo optico).

(Wratschebnyja Wedomosti, 1880, Nro. 440 (Russisch).)

Die Frage von der functionellen Bedeutung der einzelnen Theile des Gehirns bietet augenblicklich ein lebhaftes Interesse; dabei haben die betreffenden Fälle einen um so grösseren Werth, je reiner dieselben in topographisch anatomischer Beziehung sind. — Im Hinblick darauf beschreibt Verf. folgenden von ihm beobachteten Fall:

Am 2. Juli 1876 wurde in das vom Verf. dirigirte Krankenhaus der 58 J. alte kranke Bürger T. J. aufgenommen. Derselbe bot folgende Symptome: 1) eine Paresis beider Extremitäten linkerseits, 2) Verlust des Tastgefühls und der Empfindung für Schmerz, Temperatur und electrischen Reiz auf der linken Körperseite, welche 5—6 Monate nach der Erkrankung beträchtlich abgenommen hatte, 3) Fehlen der Fähigkeit bei geschlossenen Augen zu sagen, wohin während dessen die paralysirten Extremitäten gelegt werden, 4) Fehlen der Fähigkeit bei geschlossenen Augen die durch den inducirten Strom hervorgebrachten Contractionen in den paralysirten Extremitäten zu empfinden und 5) temporäre vasomotorische Störungen in der Haut der paralysirten Extremitäten — Am 20. Jan. 1877 starb Pat., und bei der *Section* fand sich ein Eiterherd, 2 Ctm. im Durchmesser, im rechten Sehhügel in der Uebergangsstelle des mittleren Dritttheils in das hintere; die benachbarten Theile des Gehirns waren normal.

Die Meinungen der Autoren hinsichtlich der functionellen Bedeutung des Sehhügels lassen sich in vier Categorien theilen: 1) die einen fassen den Sehhügel als motorisches Centrum der Extre-

mitäten der entgegengesetzten Seite auf; 2) die anderen fassen denselben als Centrum sensorii communis auf; 3) die dritten halten sich nur an die negative Ansicht über seine Bedeutung als motorisches Centrum und das des Sensorium commune, und erkennen die Abhängigkeit der motorischen und sensitiven Störungen cerebralen Ursprungs von einer Affection der vorderen und hinteren Theile der capsula interna an, und endlich 4) fassen noch andere den Sehhügel als das Centrum des Muskelgefühls auf.

Gestützt auf seinen Fall, glaubt Verf. der Ansicht sich anzuschliessen, die einen causalen Zusammenhang zwischen motorischer Paralyse und einer Anästhesie cerebralen Ursprungs nur bei Affection der Capsula interna anerkennt, dadurch die Bedeutung des Sehhügels als Centrum negirend. — Nach R. kann vorliegender Fall, in Folge der Genauigkeit und Begrenztheit des Krankheitsprocesses, zugleich als Stütze für diejenige Theorie dienen, die den Thalamus opticus als das Centrum des Muskelgefühls auffasst.

Th. v. Heydenreich (St. Petersburg).

Anmerkung. Das Referat wurde uns mit Einwilligung des Verf. desselben von der Redaction des Centralbl. für Chirurgie zugesandt. Indem wir dasselbe hiermit zum Abdruck bringen, statten wir der genannten Redaction und Herrn von H. unsern verbindlichsten Dank ab. Die Redaction.

---

12) **V. Urbantschitsch** (Wien): Beobachtungen über centrale Acusticusaffectionen.

(Archiv f. Ohrenheilkunde B. XVI. H. 3.)

I. *Ueber das functionelle Verhalten beider Gehörorgane in einem Falle von Transfert.*

Die Beobachtung betrifft eine 25jährige hysterische Kranke, welche an linkseitiger Hemianaesthesie litt, wobei mechanische und electrische Unerregbarkeit der Nerven und Muskeln und Amplyopie links bestand; sowie halbseitiger Hirntorpor. Durch Anwendung eines Hufeisenmagnetes konnte völliger Transfert erzeugt werden. Als Pat. 1879 in Verf. Behandlung trat, klagte sie über rechtseitige Kopfschmerzen und Schwindelanfälle bei erhaltenem Bewusstsein. Die Ohren- und Nasenuntersuchung ergab Anschwellung der mittleren Nasenmuschel, deren Berührung eine Sturzbewegung nach rechts und hinten veranlasste. Links bestand complete Taubheit, rechts herabgesetzte Hörfähigkeit. Der linke Acusticus war für galvanische Reizung unerregbar, während rechts schon bei 6 Elementen (Siemens-Halske) Schwindel eintrat. Auch in den Gehörorganen trat nun durch Anwendung eines Magneten Transfert ein, wobei zuerst auf dem einen Ohr die Wahrnehmung hoher Stimmgabeltöne erlosch, dagegen auf dem andern auftrat, bis schliesslich auch die Perception für die tiefern und tiefen Töne übergewandert war.

Die Annahme einer möglichen Simulation konnte Verf. durch verschiedene Experimente ausschliessen.

II. *Ein Fall von Sprachtaubheit bei einem Syphilitischen, Heilung.*

Patient, welcher 4 Jahre vorher Syphilis acquirirt hatte, litt seit 2 Monaten an Kopfschmerz, Vergesslichkeit, Hinbrüten und starker Schlafsucht. Seit 10 Tagen war er nach einer heftigen Erkältung taub geworden bei heftigen subjectiven Gehörsempfindungen. Die Untersuchung ergab bei bestehendem chronischen Rachen- und Mittelohrkatarrh völlige Worttaubheit, jedoch Warnehmung des Tickens der Uhr. Die Annahme eines syphilitischen centralen Leidens wurde durch den Nachweis einer specifischen Choroiditis gestützt und durch den Erfolg einer specifischen Behandlung (Jodkali und Quecksilbereinreibungen) bestätigt. Im Verlauf der Heilung war bemerkenswerth, dass Patient zuerst Flüstersprache ganz gut verstand, während er für mittellaut gesprochene Worte noch beinahe völlig taub war.

III. *Ein Fall von bilateral aufgetretener Taubheit anlässlich einer geringfügigen traumatischen Einwirkung.*

Ein 9 jähriger Knabe hatte von seiner 10 jährigen Schwester einen Schlag auf die Stirne mit einem Löffel erhalten. Heftige Blutung aus der Nase, starkes Schwanken des Körpers beim Gehen folgten sofort; nachdem letzteres Symptom allmählig in 8 Tagen verschwunden war, trat auf einmal am 9. Tage doppelseitige Taubheit auf. Verf. glaubt, dass durch das Trauma eine Verletzung im vierten Ventrikel erzeugt worden war mit consecutiver Veränderung der Acusticuscentren.

IV. *Ein Fall von plötzlich eingetretener Taubheit nach einer profusen Nasenblutung. Negativer Sectionsbefund.*

Die 67 jährige Patientin starb 4 Wochen, nachdem sie im Anschluss an heftiges Nasenbluten taubgeworden war. Weder die macroscopische Untersuchung der Gehörorgane, noch die macro- und microscopische des Gehirns bez. der Medulla oblongata ergab einen Anhaltspunkt zur Erklärung der Taubheit. Verf., dem kein ähnlicher Fall aus der Literatur bekannt ist, weist auf die Analogie mit der Erblindung nach Blutverlusten hin.

Karrer (Erlangen).

---

13) **Hughes**: Notes on Neurasthenia.

(The Alienist and Neurologist I. 4. pag. 437—449.)

H. gibt die Ansichten D. van Deusen's (Kalamazoo) über Aetiologie, Symptome, Verlauf und Therapie der Neurasthenie wieder.

Aetiologie: Geistige Ueberanstrengung besonders bei schlechter Ernährung, Gemüthserschütterungen, schwere Ernährungsstörungen (nach Krankheiten, Wochenbetten etc.). Besonders verderblich, wenn psychische und somatische Ursachen zusammen einwirken; dahin gehört z. B. die Malaria, wenn sie auf ein geistig (oder körperlich) geschwächtes Individuum einwirkt.

Hauptsymptome: Allgemeiner Marasmus, schlechte Ernährung und Verdauung; Atonie der Muskulatur (Haltung, Gang, Mimik, Uterusdislocationen mit ihren Folgen); Hyperästhesie, Neuralgie und

Reizbarkeit; cerebrale Anämie und Hyperämie. Psychisch: meist nach einem Stadium der Reizbarkeit und von Charakterveränderung, Melancholie und nach dieser plötzlich Manie (furor uterinus.) Kopfschmerzen selten; Schlaflosigkeit und profuse Schweisse gewöhnlich. Herz bleibt gesund. Haut weniger elastisch und oft krankhafte Sensationen, z. B. Gefühl von Frost.

Der Exitus entweder durch Erschöpfung oder im Coma durch ausgedehnten sub-arachnoidealen Erguss herbeigeführt.

Charakter der Krankheit ein progressiver; sehr wichtig möglichst frühes Eingreifen.

Die Behandlung muss in allen Fällen durchaus eine roborirende sein: kräftige Diät und entsprechende, nie ermüdende Beschäftigung im Freien.

Psychische Störung kann „moralisch“ behandelt werden wie sonst. In der Manie sind Narcotica, Excitantia und heisse Bäder zu verwerfen; dagegen leichtes Frottiren der Haut und dabei kleine Dosen Bouillon und Wein zu empfehlen. — In der Melancholie dieser Kranken sind die Narcotica zu verwerfen. Von sonstigen Mitteln ist vor Allem das Chinin zu empfehlen, das eigentlich nur bei Neigung zu Hirnhyperämien contraindicirt erscheint. Arsenik leistet gute Dienste bei grosser Reizbarkeit mit Abmagerung und schlechter Hauternährung, stört nur bisweilen die Verdauung selbst in den kleinsten Dosen, meist indicirt, wo Chinin contraindicirt. — Strychnin bei Atonie des Darms und der Muskulatur angezeigt.—Eisenpräparate erst in der Reconvalescenz anzuwenden. — Vom Phosphor keine sonderlichen Erfolge beobachtet. — Schliesslich ist eine strenge Individualisirung in der Art der Darreichung bei diesen Patienten zu beachten. Waehner (Creutzburg).

---

14) **F. Jolly** (Strassburg): Ueber das Vorkommen von Fettembolie bei aufgeregten Geisteskranken.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XI. 1.)

Im Anschluss an einen bereits im Jahre 1878 in einer Dissertation von Flournoy publicirten einschlägigen Fall aus der Strassburger psychiatrischen Klinik theilt Jolly 3 weitere Beobachtungen mit, in denen der Tod durch ausgedehnte Fettembolie der Lungengefässe herbeigeführt worden ist. — Die erste betrifft eine kräftige, wohlgenährte Person, die an Melancholie mit hochgradiger Verwirrtheit und Aufregung erkrankt war und sich in diesem Zustande durch ihr beständiges Umherwälzen etc. ausgedehnte Zerreissungen resp. Zerquetschungen des Unterhautfettpolsters zugezogen hatte. — Die beiden anderen beziehen sich auf Paralytiker mit intensiver tobsüchtiger Erregung, bei denen es mit in Folge letzterer zu eitriger und brandiger Zellgewebszerstörung kam. Gemeinsam war allen drei Fällen das Auftreten von Athemstörungen, Cyanose, Herzschwäche und rascher Collaps. Während die makroscopische Besichtigung keine nachweisbaren Veränderungen in den Lungen ergab, zeigten sich bei der mikroscopischen Untersuchung die Lungengefässe

bis in die feinsten Verzweigungen hinein mit Fetttropfen gefüllt. Dieses Fett rührt nach der Ansicht des Verf. aus dem Unterhautzellgewebe her, und es wird dabei auf ähnliche Erfahrungen aus der chirurgischen Praxis hingewiesen, wonach zu dem Entstehen von Fettembolie nicht immer eine Fraktur markhaltiger Knochen erforderlich sei. Wenn es jedoch durch Zerstörung von Unterhautfettgewebe — sei dieselbe nun direct traumatischer Natur oder indirect èrst durch Eiterung und Brand entstanden — zur Fettembolie komme, so handelt es sich stets um eine ausgedehnte und ziemlich rasch vor sich gehende Zerstörung fetthaltigen Zellgewebes. In solchen verzweifelten Fällen könne die Frage an den Arzt herantreten, ob man den Kranken vom Wartepersonal festhalten, oder an's Bett anschnallen lassen solle. Das Letztere sei als das Sicherere vorzuziehen, wenn schon auch dieses Mittel keinen absoluten Erfolg verspreche. — Verf. ist überzeugt, dass sich die Zahl einschlägiger Beobachtungen mehren wird, wenn man erst anfängt, in allen Fällen, wo die Todesursache bei derartigen Patienten bisher mit dem elastischen Namen „Erschöpfung“ bezeichnet werden musste, sein Augenmerk auf die mikroscopische Untersuchung der Lungengefässe zu richten. Reinhard (Dalldorf).

---

15) **Lentz** (Froidmont): Ueber Nahrungsverweigerung bei Irren.

(Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique. Nro. 15. 1880.)

Verfasser macht der Gesellschaft Mittheilungen über die Nahrungsverweigerung bei Irren; gestützt auf zahlreiche Fälle deren Art in seiner Anstalt zu Froidmont. Er hält dieses Symptom neben der Onanie für eines der am schwersten bekämpfbaren.

Dr. Lentz theilt die Fälle ein in (relativ!) freiwillige und in solche, die durch eine organische oft sogar locale Läsion bedingt sind; die ersteren sind zahlreicher und weniger leicht heilbar, die letztern bieten desshalb bessere Heilungschancen, weil man oft bestimmt die indicatio causalis zu erfüllen im Stande ist. Natürlich gibt es auch Zwischenformen.

Die organische Sitophobie ist oft bedingt durch Katatonie, durch einen Cartarrh der Verdauungsorgane, dann durch interne Erkrankungen bei Blödsinnigen wie Pneumonie, Phthisis etc., die nie oder kaum andere Symptome manifest werden lassen.

Die (relativ) freiwillige Nahrungsverweigerung ist weitaus am häufigsten ein Begleitsymptom von Melancholie, deren Straf- oder Vernichtungsideen dieses Symptom beginnen.

Ebenso häufig wie die beiden letzten Gründe, liegt der Sitophobie ein Vergiftungswahn zu Grunde. In selteneren Fällen bildet ein gewisser Widerspruchsgeist das Motiv — wohl aber auch in gar vielen Fällen mit einem gewissen Misstrauen im Hintergrund.

Zur Behandlung der Nahrungsverweigerung übergehend bespricht der Verf. die verschiedenen vorgeschlagenen Methoden; er bringt dabei nichts Neues — er selbst gebraucht mit Vorliebe die

einfache Nasenschlundsonde, und gibt namentlich für Einführung derselben sehr praktische Winke; als einzuspritzende Medien bezeichnet er Eier, Fleischbrühe und Milch.

Sury-Bienz (Basel).

---

16) **Billod**: Ueber Restraint und No-Restraint. Compte rendu des travaux de la section de médecine mentale au Congrès médical d'Amsterdam et relation d'une visite à quelques établissements d'aliénés ou d'idiots de la Hollande.

(Paris 1880. G. Masson. 69. S.)

Als Vertreter der Pariser Société médico-psychologique auf dem letzten internationalen medicinischen Congress zu Amsterdam veröffentlicht Verfasser einen Bericht über die Verhandlung der psychiatrischen Section und bringt im Anschluss an denselben eine Schilderung von seinem Besuche mehrerer holländischen Irren- und Idiotenanstalten. Dieser Bericht ist bereits in den Annales médico-psychiologiques enthalten (Novbr. 1879 und Januar 1880). Er erscheint nun noch als besondere Broschüre ohne gerade etwas besonders Bemerkenswerthes zu bringen. Interessant sind jedoch des Verfassers Reflexionen über die Anwendung des No-restraint. Er glaubt, dass bezüglich dieses Systems zwischen Engländern und Franzosen Uebereinstimmung herrsche. (In Frankreich spielt bekanntlich die Zwangsjacke noch immer eine grosse Rolle. Ref.). Auf beiden Seiten sei man für dasselbe eingenommen und bemüht, es in Anwendung zu bringen, nur gehen die Ansichten darüber auseinander, bis zu welcher Grenze man mit der freien Behandlung gehen könne. Das System des No-restraint bestehe viel weniger in der Abschaffung der Zwangsmittel als in einer solchen Organisation der Irrenanstalten, dass der Gebrauch der Zwangsmittel überflüssig werde. Die innere Einrichtung der französischen Anstalten sei nun eine ganz andere wie die der englischen. Die ersteren sind mit grossen gemeinschaftlichen Schlafräumen ausgestattet, während den letzteren der beruhigende und günstige Einfluss der Einzelräume und Zellen zu Gute komme. Das Personal in den englischen Anstalten sei auch in jeder Beziehung besser und tüchtiger als dasjenige, worüber die französischen verfügen. Ferner sei die Achtung und der Gehorsam vor den Gesetzen bei den Engländern so gross, das der einfachste Policemann ihnen als geheiligte unantastbare Person erscheine. Dies habe seine Rückwirkung auf die Anstalten, wo der Wärter resp. der Intendant den Irren gewissermassen als Vertreter der vorgesetzten Behörde imponire. Es ist Verf. aufgefallen, dass er in den 5 holländischen Anstalten, die er besuchte, keinen einzigen Kranken in der Zwangsjacke gefunden. Geradezu erstaunt war er aber, als er vom Direktor der Anstalt Meerenberg erfuhr, dass daselbst überhaupt keine Zwangsjacke vorhanden sei. Nun legte er sich die Frage vor, woran es den eigentlich liege, dass man in Frankreich nicht dazu gelangen könne, die Anwendung der Zwangsmittel zu beschränken und zu unterdrücken. Auf eine diesbezügliche Erklärung kam er

bei einem Besuche von Münsterlingen (Schweiz Canton Thurgau). Er fand daselbst auch keinen camisolirten, ja nicht einen einzigen aufgeregten Geisteskranken und erfuhr, dass die Insassen 5 Male am Tage Nahrung zu sich nehmen, darunter zwei Hauptmahlzeiten, das genügte um ihn der Lösung des vorher erwähnten Problems näher zu bringen. Es ist die vermehrte Nahrungsaufnahme, welche einen beruhigenden Einfluss auf die erregten und erregbaren Gemüther der Irren ausübt. Dieselben befinden sich in einem Zustande von andauerndem Verdauungsfieber (Digestion permanente) und in einem solchen seien sie am wenigsten zum Lärmen geneigt. Der Einfluss der Nahrungsaufnahme auf den psychischen Zustand der Irren sei kein imaginärer. Schon lange will Verf. beobachtet haben, dass die Mahlzeiten gewöhnlich beruhigen und häufig Aufregungszustände beseitigen. (Auf das Verhalten ist übrigens schon früher von anderer Seite aufmerksam gemacht worden. Vergl. Berl. klin. Wochenschrift 1876. Nro. 23. Ref.) In ähnlicher Weise wie in Münsterlingen werden die Kranken in den holländischen Anstalten verpflegt. Die Holländer essen viel und oft. Auch die Engländer, bei denen die Roastboefs, Beefsteaks etc. zu Hause, befinden sich in dieser Beziehung in gleichen Verhältnissen, dazu gesellt sich nun noch der Gebrauch von Getränken, die wie Ale, Porter etc. viel eher Stupor als Aufregung erzeugen. Schliesslich macht Verf. noch auf den übermässigen Tabaksconsum der Holländer aufmerksam und der Tabak soll betäubend und deprimirend wirken. Aber besonders die Verschiedenheit des Characters der beiden Nationen muss als die Ursache für die verschiedene Anwendungsweise des No-restraint in Anspruch genommen werden. Es ist bekannt, dass die Charactereigenthümlichkeit eines Volkes sich auch in seinen Geisteskrankheiten wiederspiegelt. Daraus resultirt, dass Geistesstörung mit Exaltation bei den Franzosen, besonders den Parisern, Geistesstörung mit Depression bei den Holländern die vorherrschende Form sein muss.

Rabow (Pankow).

---

17) **Peeters** (Gheel): Gutachten über einen Mörder.

(Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique. Nr. 15. 1880.)

In einem kurzen aber sehr geistreichen Gutachten gibt Verf. seine Ansichten kund über einen des Mordversuchs Angeklagten. Derselbe war von klein auf mässig intelligent, sehr unfleissig, und begann schon als Knabe zu stehlen, was in der Folgezeit immer mehr vorkam. Auffallender Weise verwandte er das Gestohlene nie für sich, sondern stets für Andere. Nach einem kleinen Auftritt mit dem Vater, läuft er davon, kauft einen Revolver, lässt Selbstmordgedanken fallen, geht über Land und schiesst auf eine ihm total unbekannte Frau.

Gestützt auf die Eigenthümlichkeiten, welche die Anamnese reichlich darbietet (u. a. auch wiederholtes Schlafwandeln) und auf das ganz krankhafte Bild, das die Untersuchung des Stat. praes.

bietet (geistige Zerfahrenheit, moralische Apathie, bei mittlerer Intelligenz etc.) spricht sich der Verf. für das Bestehen einer sogen. „Moral Insanity“ aus natürlich mit gänzlicher Unzurechnungsfähigkeit.

Das Gericht anerkannte auch das Urtheil des Experten.

Sury-Bienz (Basel).

---

18) **von Gellhorn**: Versuchter Todtschlag im Zustande eines pathologischen Rausches.

(Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie etc. 37. Bd. 44 ff.)

Der Kürassier B. wurde in der Herberge, wo er im Quartier lag, von dem Schlächtergesellen N., welcher Tags zuvor dort eingekehrt war, in seiner Schlafkammer überfallen und mit einem Beile am Kopfe mehrfach erheblich verletzt. Gegen die Zurechnungsfähigkeit des Thäters ergaben sich alsbald Bedenken und es wurde desshalb die Untersuchung seines Geisteszustandes veranlasst. Aus dem umfangreichen und interessanten Gutachten sollen hier nur die wesentlichsten Momente hervorgehoben werden.

Es handelt sich um ein Individuum, das „nicht gerade erblich psychopathisch belastet, aber durch seine lange bestandene Trunksucht (Alcoholismus chronicus) psychopathisch disponirt, seit dem letzten Halbjahre wiederholt in Folge von Alcoholexcessen an pathologischen Geisteszuständen — trunkfälliger Sinnestäuschung, einmal an transitorischem Irrsinn (Verfolgungswahn) mit beschränktem, zeitweise wohl ganz aufgehobenem Bewusstsein — leidend, einen Mordversuch auf einen ihm fremden Menschen begeht, nachdem Angstgefühle und Vorstellungen von Verfolgungswahn kurz vorhergegangen waren.“ Für den Mordversuch liegt kein Motiv vor. Nach demselben gebärdet N. sich wie ein Tobsüchtiger mit rücksichtslosen Angriffen auf Personen; verharrt, sistirt, in einem von Erregungen unterbrochenen bewusstlosen oder halbbewussten Zustande nach 2 Tagen und weiss endlich nach Ablauf dieser Zeit von alledem gar nichts und ist und bleibt wieder bei völlig normalem Geisteszustande. — Nach Ausschluss verschiedener anderer ähnlicher Zustände — sinnlose Betrunkenheit, Delirium tremens, trunkfällige Sinnestäuschung — bleibt zur Erklärung des Zustandes des N. nur die Annahme übrig, dass er in einem pathologischen Rauschzustande, in einem Zustande transitorischen Irrsinns gehandelt hat.

N. hat sich demnach bei Begehung der ihm zur Last gelegten That in einem Zustande befunden, in welchem das Bewusstsein erloschen, also die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. — In Folge dieses Gutachtens wurde die Untersuchung wegen versuchten Todtschlags niedergeschlagen, N. aber als gemeingefährliches Individuum einer Irrenanstalt übergeben.

Rabow (Pankow).

---

19) **Ramaer & Eikendal** (Haag): Gutachten über einen des Mordversuchs Angeklagten.

(Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique. 1880. Nro. 16.)

Der 24jährige B., von Jugend auf arbeitsscheu, lebte mit seinem Bruder wegen finanziellen Schwierigkeiten, die namentlich durch schlechte Speculationen des Letzern entstanden, in tiefem und zunehmendem Hader; dieser Bruder war hauptsächlich einem Notar W. tief verschuldet, der dann nach dessen Abreise nach Amerika das gemeinsame väterliche Haus der beiden Brüder als Bezahlung an sich zog. Dies erbitterte B. ausserordentlich; er glaubte vermuthen zu können, der Notar habe, um zu dem Hause zu kommen, den Bruder absichtlich in Schulden gestürzt und fasste den Entschluss ihn zu tödten, namentlich als er noch eine Aeusserung des Notars erfahren, man sollte ihn bevormunden. Das Project wurde aber aufgeschoben, zuerst aus Rücksichten für die nahen Ostertage, dann für die bevorstehende Entbindung der Frau des Notars und endlich noch weil B. zuerst noch seine eigene Mutter zum Bruder in Amerika geleiten wollte. Während der zwei Monate, die er dort verlebte, kühlte sich seine Rachelust etwas ab, loderte aber nach der Rückkehr sofort wieder auf; auch mit allen andern Leuten, namentlich aus der Verwandtschaft verfeindete er sich gänzlich, besonders aus dem Grunde, weil er nirgends ausdauernd arbeiten wollte und doch grosse Ansprüche machte. Er selbst bekennt dies dem Untersuchungsrichter ganz offen; und ebenso entwickelt er demselben seine Idee, er habe sich tödten, vorher aber dem Notar noch einen gehörigen Denkzettel zurücklassen wollen. Dieser Absicht zufolge begab er sich in das Haus des Notars, überfiel und verwundete ihn mit Revolverschüssen; der Notar konnte entfliehen und Hülfe holen. Den Mörder fand man mit einer tiefen Schnittwunde am Hals.

In der nun folgenden Gefängnisshaft benimmt sich der Explorant ruhig, aber psychisch indolent, einzelne kleine Erregungen ausgenommen, deren Object immer noch der Notar bildet; auch in Briefen an seine Mutter spricht sich noch der gleiche eingewurzelte Hass und Verdacht gegen denselben aus.

Nach interessanten Ausführungen kommen die beiden Experten zu dem Schlusse: „der Character und die moralischen Eigenschaften sind zwar entschieden anormal, aber die Intelligenz ist intact. In der Absicht sich zu rächen und zwar an einer Person, die er hasste aus Interessegründen, hat der Angeklagte mit Urtheilsfähigkeit, im gänzlichen Bewusstsein der Sache und mit vollständiger Willensfreiheit gehandelt, besonders da er vom Leben nichts mehr zu hoffen hatte."

(Ob da nicht eine sog. „Moral insanity" vorlag, und dies ganze Benehmen nicht eher auf jenen von den Experten ausdrücklich anerkannten anormalen Character- und Gefühlsanlagen beruhte als auf „vollständigster Willensfreiheit," ist doch sehr fraglich. Ref.)

Sury-Bienz (Basel).

III. Verschiedene Mittheilungen.

20) Aus Prag. Herr Dr. Arnold Pick, Docent an der hiesigen Universität ist vom Landesausschuss des Kgr. Böhmen zum Hausarzte der neuerbauten Irrenanstalt in Dobran ernannt, und am 27. November v. J. mit einem Transport von Irren bereits nach seinem neuen Bestimmungsort abgegangen.

IV. Personalien.

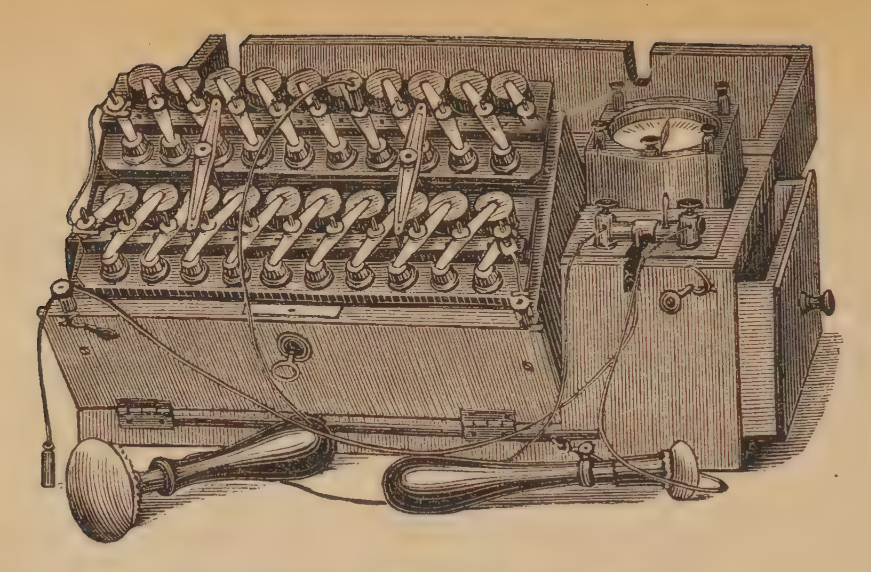
Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 Mark. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 Mark freie Station. 3) Halle a. Saale, Volontärarzt, 1050 M. fr. Station. 4) Owinsk (Posen) Assistenzarzt, 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 5) Hildburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei fr. Stat. 6) Provinc.-Irrenanstalt Hildesheim, Hilfsarztstelle, 900 M., fr Stat. 7) Leubus, a. Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat; b. dritter Arzt, sofort, 1200 M., freie Station. 8) Marsberg, a. Volontairarzt sofort, 600 M., freie Station; b. Assistenzarzt, 1. März 1881, 1200 M., freie Station, für Beide Bedingung: kath. Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 9) Ückermünde in Pommern, Assistenzarzt, unverheirathet, sofort. 1000 M. und freie Station. 10) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 M., fr. Stat. 11) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1. Febr. 1881 1200 M., fr. Stat. 12) Wehnen (Oldenburg) Assistenz arzt. 13) Klingenmünster (bayr. Pfalz), Hülfsarzt, 1000 M., fr. Stat. I. Classe. 14) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) Volontairarzt, sofort, 450 + 600 M. freie Sation. 15) Göppingen (Dr. Landerer), Assistenzarzt, 1500 Mark, freie Stat. 16) Grafenberg (Düsseldorf), a. II. Arzt und stellvertr. Director; b. Volontairarzt, sofort; 600 M., freie Station. 17) Pankow bei Berlin (Mendel'sche Anstalt) III. Arzt. 18) Schussenried (Württemberg), Assistenzarzt, 1600 M., völlig fr. Station. 19) Schwetz (Westpreuss. prov. Anstalt) Volontairarzt; Arzt oder cand. med., 600 M., freie Station. 20) Alt-Scherbitz (Halle-Leipzig) Volontairarzt; sofort, 1200 Mark, vollständig freie Station. 21) Nassau (Kaltwasserheilanstalt), Assistenzarzt; 1. April 1881; 1500 M., u. fr. Station, Bedingung: psychiatr. Vorbildung und Interesse für Hydrotherapie. 22) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Creutzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Hoya (Hannover), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Minden (Minden), Ortelsburg (Königsberg i. P.), Osterode (Königsberg), Ottweiler (Trier), Sensburg (Gumbinnen), Schönau (Liegnitz), Stuhm (Marienwerder), Warburg i. W. (Minden), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Besetzte Stellen. Creutzburg, II. Arzt: Dr. Wähner aus Leubus.

Ernannt: Kr.-Phys. Dr. Noack in Ottweiler zum Regierungs- und Medicinalrath in Oppeln; Dr. Kugler in Stettin zum Medicinalrath und Mitgliede des Med.-Coll. der Provinz Pommern; Kr.-Phys. Dr. Rosenthal in Schwetz, Dr. Lenz in Coblenz zu Sanitätsräthen; Dr. Ferrari zu Fürstenberg zum Physicus des Kreises Hünfeld.

Todesfälle. Obermedicinalrath Dr Brandes in Hannover; Kreis-Physicus Dr. Sorauer in Ortelsburg.

V. Anzeigen.



Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. 15. Januar 1881. Nro. 2.

INHALT.

I. Referate.

21) **Debove** (Paris): De l'élongation des nerfs chez les ataxiques comme traitement des douleurs fulgurantes.

(Progrés med. 1880. Nro. 50.)

Angeregt durch Publicationen von Langenbuch, Esmarch und Erlenmeyer über die Dehnung grosser Nervenstämme bei Tabes dorsalis hat D. eine Dehnung des linken nerv. ischiadicus bei Ataxie locomotrice, hauptsächlich zur Beseitigung der heftigen fulguranten Schmerzen durch Gillette vernehmen lassen. Es handelte sich um einen in sehr vorgeschrittener Periode der Krankheit stehenden Patienten, welcher seit 18 Monaten das Bett hüten musste. Er litt an wüthenden blitzähnlichen Schmerzen sowohl in den oberen als auch in den unteren Extremitäten, welche nur vor-

übergehend durch Morphiuminjectionen (0,16) mit Erfolg bekämpft werden konnten. Ausserdem bestanden gastrische, urethrale und Blasenstörungen und sehr beträchtliche motorische Incoordination, jedoch beschränkt auf die unteren Extremitäten. Der Patellarsehnenreflex fehlte beiderseits. Sehr beträchtliche Myosis beider Pupillen, aber keine Sehstörungen. Die cutane Sensibilität war sehr abgestumpft.

Die Dehnung wurde in der Mitte des Oberschenkels ohne Chloroformnarkose gemacht, weil heftiges Kneifen der Nerven momentan die Respiration und Circulation aufhalte, was event. hätte gefährlich werden können, der Schmerz bei der Operation war trotzdem nur gering.

Der Erfolg der Operation war ein überaus überraschender. Die fulguranten Schmerzen hatten ganz aufgehört und die Incoordinationsschmerzen hatten sich so erheblich gebessert, dass Patient wieder ohne Unterstützung stehen und gehen konnte, was vorher unmöglich war. Die Sehnenreflexe sind aber nicht wiedergekehrt und die Myosis der Pupillen ist unverändert geblieben. (In Nro. 52 d. Progr. med. wird mitgetheilt, dass die Besserung bis jetzt (1 Monat nach der Operation) angehalten hat, und dass auch die gastrischen Störungen verschwunden sind).

Halbey (Bendorf).

---

22) **Debove** (Paris): De l'élongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice.

(Progr. med. 1880. Nro. 52.)

D. liess bei einem zweiten an Tabes dorsalis leidenden Manne, der an unaufhörlichen, heftigen, blitzähnlichen Schmerzen, besonders in den oberen Extremitäten litt, von Gillette eine Dehnung der rechten Nervi radialis und medianus machen. Die blitzähnlichen Schmerzen besserten sich in der rechten oberen Extremität ganz bedeutend und verschwanden ganz in der linken oberen und beiden unteren Extremitäten. Die Anästhesie der linken Fusssohle verminderte sich beträchtlich. Die Incoordinationserscheinungen haben sich ebenfalls so sehr gebessert, dass der Kranke wieder im Stande ist ohne Unterstützung umhergehen zu können.

Halbey (Bendorf).

---

23) **C. Lange**: Neuropatologisk Kasuistik og Kritik.
5. Om Diagnosen of *Tabes dorsalis* paa et tidligt Stadium.

(Hosp. Tidende 1880 Nro. 40—43.)

Da eine möglichst frühzeitige Diagnose der Tabes für den Erfolg der Behandlung von der grössten Wichtigkeit, so will *L.* einen auf eigene Erfahrungen gegründeten Beitrag zur Diagnostik der Krankheit in ihrem *frühesten Stadium* geben. Es handelt sich dabei weder um die Entdeckung neuer Symptome noch neuer Untersuchungsmethoden, sondern um den Nachweis, dass die Krankheit und zwar zumal in ihrem Invasionsstadium einen mehr variirenden Verlauf

hat als dies gewöhnlich angenommen wird, und dass demnach viele Fälle in dieser frühen Periode ein anderes Bild darbieten, als das von den Autoren gezeichnete.

Zunächst kommen, allerdings äusserst selten, Fälle vor — Verf. bringt zum Beleg eine Krankengeschichte — wo die ausgesprochensten tabetischen Bewegungsstörungen in der gewöhnlichen Weise sich ausbilden, ohne dass je *Schmerzen* vorausgegangen wären. — Wichtiger vom Standpunkte der Diagnostik als diese seltenen Ausnahmen ist die Thatsache, dass die *Localisation* der initialen Schmerzen viel weniger constant ist, als meist behauptet wird. Unter 57 Fällen, die Verf. beobachtet hat, sind 17, wo die Schmerzen anderswo als in den Unterextremitäten zuerst auftraten, und zwar 1 Mal im Kopf, 6 Mal vorzugsweise oder allein in den Oberextremitäten, 10 Mal vorzugsweise oder allein am Rumpfe. Und nicht allein die Schmerzen, auch die übrigen Symptome zeigen einen andern Character, wenn der erste Ausgangspunkt oder vorwiegende Sitz der Krankheit anderswo als im untersten Abschnitt des R.-M's sich befindet, so dass z. B. die ersten atactischen Symptome sich erst zeigen, wenn das Initalstadium lange zurückgelegt worden. Daher auch derartige Fälle meistens viel zu spät erkannt werden, wie dies in allen 17 Fällen, von denen 4 ausführlich referirt werden, der Fall war. Trotzdem also gerade die Localisation der anatomischen Veränderungen eine so grosse Verschiedenheit in den Symptomen speciell der Initialperiode bedingt, will Verf. dennoch nicht den Versuch von *R. Remak*, verschiedene Formen der Tabes je nach dem Sitz der Erkrankung im R.-M. zu unterscheiden, wiederholen, da eine solche Eintheilung immer künstlich und willkührlich bleiben müsse. Unter den zur Illustrirung gegebenen Krankengeschichten befindet sich eine (Beob. 2), wo mit einiger Wahrscheinlichkeit eine traumatische Einwirkung, und zwar auf den Dorsalabschnitt des R.-M's als Ursache der Krankheit angenommen werden muss, was *L.*, der eine chronische Meningitis als die gewöhnlichste Ursache der Tabes ansieht, a priori nicht widersinnig erscheint.

Ferner kann die Diagnose durch ein dauernd *einseitiges Auftreten* der Symptome irregeleitet werden. Dass solches bisher nicht als vorkommend angenommen wird, liegt wahrscheinlich daran, dass solche Fälle nicht richtig als T. diagnosticirt werden. Verf. gibt von einem solchen Fall die Krankengeschichte. In derselben findet sich die auffallende Erscheinung, dass das Kniephänomen auf der kranken (linken) Seite deutlich stärker ausgeprägt erschien als auf der gesunden.

Von Bedeutung für die Diagnostik der frühesten Stadien der Tabes ist ferner die von *L.* behauptete und durch zwei Krankengeschichten erhärtete Thatsache, dass die T. sich *acut*, d. h. innerhalb weniger Wochen ausbilden könne, ohne dass jemals neuralgische Beschwerden voraufgegangen.

In Betreff des *Kniephänomen* ist *L.* von der grossen Wichtigkeit seines Fehlens für die Diagnose der T. vollständig überzeugt, behauptet aber, dass es in allerdings höchst seltenen Fällen auch von nicht ganz frischer oder unbedeutender T. vorhanden sein könne (Beob 9).

Zum Schluss wird dann die vollständige und dauernde Heilbarkeit der T. nachgewiesen, und zwar hat *L.* unter 80 Fällen 4 solcher günstiger Ausgänge zu verzeichnen, von denen er 2 (Beob. 10 und 11) mittheilt. Er ist der Ansicht, dass das Resultat weit günstiger sein würde, wenn er nicht die Kranken zum grössten Theile in einem vorgeschrittenen Stadium zuerst in Behandlung bekommen hätte. Soweit die geringe Zahl der Beobachtungen einen Schluss zulässt, möchte Verf. meinen, dass die Aussicht für eine vollständige Herstellung nur im ersten Halbjahre der Krankheit eine gute sei. Jedenfalls komme es prognostisch weit mehr auf die Dauer als auf die Heftigkeit der Symptome an.

Dehn (Hamburg).

---

24) **S. Dománski** (Krakau): Ueber Syphilis des Nervensystems. Auf Grundlage neuerer Arbeiten und eigener Beobachtungen.

(Przeglad lekarski. 1880. Nr. 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43.)

D. handelt, nach einer kurzen historischen Einleitung, Aetiologie, pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Verlauf und Ausgänge, sowie Therapie der Syphilis der Nervencentren ab. Ueber das ätiologische Verhältniss der Lues des Nervensystems stellt er zunächst folgende Sätze auf: 1. die Nervensyphilis ist Spätaffection der Syphilis. 2. Die Nervensyphilis tritt im Laufe leichter und schwerer Lues auf, anscheinend nach Fournier sogar eher im Laufe leichter Fälle. 3. In einer Reihe von Fällen liess sich neuropathische Disposition als praedisponirende Ursache feststellen. Hier bildet das auf einem früheren Stadium des Fötallebens stehengebliebene Nervensystem nach Anstie den locus minoris resistentiae, den die Lues nach Virchow mit Vorliebe befällt. Ferner sind anzuführen verschiedene psychische Einflüsse, wie z. B. übermässige geistige Arbeit, oder physische, wie Excesse in baccho und venere. Auch Gemüthsaufregungen scheinen die Entstehung der Hirnlues zu begünstigen. Dies sind jedoch Alles nur Hülfsursachen der Nervensyphilis. In seltenen Fällen trat sie nach Kopfverletzungen auf.

4. Was das Alter anbelangt, so treten die meisten Fälle zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre auf; was sich daraus erklärt, dass lues meist zwischen dem 18. und 25. Lebensjahre erworben wird.

4. Weiber erkranken seltener als Männer.

6. Bau und Ernährung des Körpers sollen keinen Einfluss haben. Doch beobachtete D. seine Fälle vorwiegend bei kräftigen, gutgenährten Männern.

Die pathologische Anatomie der Nervensyphilis ist noch gar nicht bearbeitet. D. resumirt das, was wir bis jetzt über sie wissen, wie folgt:

1) In seltenen Fällen, deren Symptombilder nach Heubner mit dem paralytischen Blödsinn und der paralysis ascendens acuta grosse Aehnlichkeit haben, ist das Resultat der anatomischen Untersuchung negativ.

2) Meist finden sich deutliche Veränderungen, welche entweder das Nervensystem direct afficiren, oder sich von den Nachbartheilen auf dasselbe verbreiten. Die ersteren treten entweder in der Nervensubstanz, oder in den Gefässen und Häuten auf und sind spezifisch oder primär und secundär. Zum Beispiel ist das Syphilom eine spezifische, primäre, syphilitische Veränderung, während der durch dasselbe auf gewisse Nerven ausgeübte Druck und seine Folgen secundäre Veränderungen sind, welche in sich Nichts für lues Characteristisches haben. Uebrigens sind die anatomischen durch Syphilis bedingten Veränderungen im Nervensystem dieselben, wie im übrigen Körper. Dieselben beruhen auf einer abnormen Zellenwucherung, welche bald umschriebene, bald diffuse Infiltrate bildet. Aus denselben entstehen Sclerosen oder Gummata, erstere wenn die Zellen ihre Lebensfähigkeit bewahren und sich vermehren, letztere, wenn die gewucherten Zellen absterben und eine käsige, graugelbliche oder rothgraue Masse bilden, welche sich oft vom Tuberkel nicht unterscheiden lässt. Nach der Lokalität zerfallen die luetischen Veränderungen in solche des Gehirns, des Rückenmarks und der peripherischen Nerven.

Das Hirn anlangend, so befällt die lues niemals das ganze Gehirn, sondern stets nur seine Theile. Dasselbe ist bei den Hirnhäuten und Hirngefässen der Fall. Ferner tritt sie fast nie vereinzelt, sondern in multiplen Herden primär oder secundär auf, welche fast nie symmetrische Stellen befallen.

Die syphilitischen Veränderungen der Häute bestehen in Entzündung derselben mit Verhärtung und Entzündung mit Gummabildung. Am häufigsten ist die Entzündung mit Verhärtung, wodurch häufig beträchtliche Verdickungen entstehen. Durch die Verdichtung des neugebildeten Gewebes nimmt die Haut eine weissliche Färbung und ein faseriges, selbst sehniges Aussehen an. Die Verdickung ist gewöhnlich eine örtliche, in vielen Herden zerstreute. Oft verwachsen die Häute unter einander, oder mit dem Hirn und bilden eine homogene Masse. Die gummatösen Entzündungen der Häute sind viel seltner. Sie treten entweder selbstständig auf, oder verbinden sich mit der vorigen Form. Ihr Sitz ist meist die dura, seltner die pia, sehr selten die arachnoidea. Dieselbe tritt entweder in diffuser Form auf und bildet flache, käsige, gelbliche plaques von einigen □mm. bis zu einigen □cm. Umfang, oder bildet umschriebene Geschwülste, deren Dimensionen von der Grösse einer Linse bis zu der einer Hasel-, Wallnuss, ja selbst manchmal eines Hühnereies schwanken. Die klinische Bedeutung dieser Entzündungen ist eine sehr grosse, weil sie sehr häufig sind und einen schädlichen Einfluss auf die Nachbartheile, die Nerven, Gefässe und die Hirnsubstanz selbst ausüben.

Die Veränderungen in den Gefässen sind zweierlei Art, secundäre und primäre. Die secundären sind die Folge der Veränderungen in den Nachbartheilen, von denen sie sich auf die Gefässe fortpflanzen, oder dieselben komprimiren. Auch sind die Gefässe sehr wahrscheinlich oft die Leiter der syphilitischen Veränderung zu den tieferen Theilen des Hirns. Hauptsächlich werden die Ar-

terien, selten die Venen befallen. Die primären Veränderungen entwickeln sich selbstständig in den Gefässwänden und bilden, wie anderswo, Sklerosen oder Gummata. Die Arterienentzündung mit Sklerose entwickelt sich am häufigsten in der Art, dass zwischen M. fenestrata und Endothel wahrscheinlich aus den weissen Blutkörperchen, welche aus den ernährenden Gefässen dorthin gelangten, ein Stern- und Spindel-Zellengewebe entsteht. Dasselbe vergrössert sich in die Länge und in die Quere. In letzterer Richtung so, dass das zuerst halbmondförmige Infiltrat sich langsam um das Gefäss herum ausbreitet und dasselbe verengt. In der Richtung des Gefässes breitet sich die Veränderung ebenfalls aus und ergreift immer weitere Theile. Das neue Gewebe verdichtet sich und wird hart und unnachgiebig.

Die Syphilome in den Gefässwänden oder die gummatösen Entzündungen der Arterien sind viel seltener. Sie stellen sich als gelbliche Infiltrate in den Gefässwänden in Gestalt runder Platten oder Körner dar. Um den folgenschweren Einfluss, welchen die Verengerung der Arterien, die sich manchmal bis zur vollständigen Obliteration steigert und die dadurch gesetzte Kreislaufsstörung auf die Funktion des Hirns ausüben muss, besser zu erläutern, verbreitet sich D. über das Verhältniss der Arterien zur Hirnsubstanz, wie es durch die Untersuchungen Heubner's festgestellt ist. Bekanntlich zerfällt nach denselben das Hirn in zwei Abschnitte, den basalen und den Rindenabschnitt. Der erstere hat Endarterien, der letztere nicht. Daraus folgt, dass sich die Kreislaufsstörung nur in dem letzteren wieder auszugleichen im Stande ist. Die syphilitischen Veränderungen im Hirn haben nichts Spezifisches und zerfallen in Sklerosen und Gummata. Die ersteren beruhen auf einer Zellenwucherung, welche sich verdichtet und dadurch Schwund der Nervenelemente bedingt. Dieselben sind von Leberhärte, dunkler als das normale Gewebe, hellgraulich bis gelblich und röthlich. Die Sklerose ist gewöhnlich diffus, stets partiell, obgleich manchmal ausgebreitet.

Seltener bilden sich zahreiche diseminirte Sklerosen in verschiedenen Hirntheilen. Der Gummaknoten bildet ein diffuses Infiltrat, oder einen umschriebenen Tumor. Das erstere gleicht verdicktem Eiter, der letztere ist das echte Syphilom von Wallnuss- bis Hühnereigrösse, hart, auf dem Durchschnitt in der Peripherie grau oder gelbröthlich, in der Mitte gelber. Er ist meist von einer Hülse entzündeter, indurirter Nervensubstanz eingeschlossen. Die Zahl der Gummata beträgt fast nie mehr als fünf. Oft findet sich blos einer. Am häufigsten trifft man sie in den Hirnhalbkugeln, besonders nahe ihrer Oberfläche und der Rindensubstanz. Die Statistik lehrt, dass sie in den vorderen Theilen häufiger sind, als in den hinteren, häufiger an der Basis, namentlich in der Mitte um den Türkensattel. Sie entwickeln sich langsam und bleiben lange stationär, oder unterliegen ferneren Veränderungen, indem sie entweder unter dem Einfluss entsprechender Therapie der regressiven Metamorphose unterliegen und völlig resorbirt werden, oder erweichen und sich in eine Flüssigkeit verwandeln, welche entartete

Zellen und Cholestearin-Krystallen enthält. Ihre anatomische Diagnose ist manchmal in Bezug auf den Tuberkel selbst mikroskopisch unmöglich. Fournier gibt folgende differenzielle diagnostische Momente an: 1. das Gumma sitzt meist an der Oberfläche des Hirns, der Tuberkel meist in der Tiefe desselben. 2. Jenes passt sich der Lokalität an, dieser ist mehr regelmässig gestaltet und rund. 3. Das Gumma ist quasi encystirt. 4 Das Gumma verkäst vorwiegend lokal und hauptsächlich central, der Tuberkel fast in seinem ganzen Umfange. 5. Endlich findet sich der Tuberkel bei jungen Personen welche an den Lymphdrüsen leiden, besonders im Kleinhirn, das Gumma bei älteren, neben anderen luetischen Veränderungen. Das Hirn reagirt in der gewöhnlichen Weise, indem sich entweder entzündliche, oder ischämische Veränderungen bilden. Die ersteren verbinden sich mit Entzündungen der Häute, wegen der oberflächlichen Lage der Gummata und entwickeln sich meist langsam. Viel wichtiger sind die ischämischen Veränderungen, welche zunächst in Verlust der Funktionen des entsprechenden Theils bestehen. Später kommt es zur Störung der Ernährung und zu örtlichem Brand, d. h. zur weissen oder rothen Erweichung. Der anatomischen Eigenthümlichkeit des basalen Gefässabschnittes gemäss befällt die Erweichung vorwiegend die grossen Hirnganglien. Die Kranken sterben hauptsächlich in Folge der secundären Veränderungen.

Die syphilitischen Veränderungen des Rückenmarks und seiner Häute sind weniger bekannt. Die Resultatlosigkeit einiger Sektionen führte zur Annahme einer spezifischen, syphilitischen Anämie. Bis jetzt wurden im Mark dieselben Veränderungen gefunden, wie im Hirn, nämlich Sclerosen oder Gummata, letztere sehr selten und fast immer in der Peripherie. Manchmal wird Erweichung erwähnt. Sehr wichtig ist die, letzthin hauptsächlich in Frankreich aufgeworfene Frage, ob die der tabes dorsalis eigene anatomische Veränderungen die unmittelbare Folge von Lues sein könne. Fournier bejaht dieselbe auf Gruud seiner Statistik (in 30 Fällen von tabes ging 24 mal Syphilis voran) und der Therapie (Jodkalium). Diese Behauptung bestritten energisch Drysdale, Bloxham und Broadbent. Bloxham frägt, warum syphilitische Frauen so selten an tabes erkranken und Breodbent betont, dass die Syphilis sich an kein System hält M. Cornil nimmt eine vermittelnde Stellung ein, indem er die Syphilis für ein zur tabes prädisponirendes Moment hält. Julliard widerspricht ihm, da sich der Sitz der tabes nicht einmal auf das Mark, geschweige den auf dessen Hinterstränge beschränkt. D. fasst seine eigenen Resultate, wie folgt zusammen:

1. Die grössere Hälfte, $^3/_4$ ja sogar $^4/_5$ seiner Tabetiker hatten Lues überstanden, zeigte aber, ausser Einem, keine Symptome davon.

2. Die tabes der Luetischen unterschied sich in Nichts von derjenigen der Nichtsyphilitischen.

3. Was die Therapie anlangt, so hat er nur in 2 Fällen, einmal nach Jod und einmal nach Quecksilber einen entscheidenden Erfolg bei tabes gesehen.

Die Lues würde also in einem nahen Verhältniss zur tabes stehen, aber nur als prädisponirende Ursache. Die peripherischen Nerven können durch die syphilitische Veränderung atrophiren, auch kann sich dieselbe ihnen secundär aus der Nachbarschaft mittheilen. Endlich kann der Nerv selbstständig in Form des Gumma oder der spezifischen Entzündung erkranken. Diese Veränderungen betreffen hauptsächlich die Hirnnerven.

Was die Symptomatologie anlangt, so sind 1. Die funktionellen Störungen von Seiten des Nervensystems, entsprechend dem variablen Sitze der leutischen Veränderungen, sehr mannigfaltig und ververschiedenartig. 2. Die krankhaften Erscheinungen treten am häufigsten als Herdsymptome auf. 3. Da die verschiedensten Lokalitäten gleichzeitig luetisch erkranken können, so können sich die verschiedensten Nervensymptome kombiniren. 4. Seiten des Hirns tritt am häufigsten ein Complex von psychischen Anomalien, epileptischen Anfällen und Lähmung der vorderen Hirnnerven, namentlich der Augennerven, auf. 5. Die durch Lues bedingten, funktionellen Störungen des Hirns sind im Allgemeinen der Therapie zugänglicher, als diejenigen aus anderer Ursache. 6. Die Symptome der Syphilis des Nervensystems haben selbstverständlich nichts Charakteristisches an sich.

Die Hirnsyphilis hat gewisse Initialsymptome deren eines Kopfschmerz ist. Derselbe kann die verschiedensten Gegenden betreffen und wird gewöhnlich in das Innere des Schädels verlegt. Die Kranken vergleichen ihn mit dem Gefühle einer Last, eines Druckes oder Schlagens mit einem Hammer auf den Schädel. Er ist sehr intensiv, verschlimmert sich Nachts und dauert lange. Mit ihm verbinden sich gewisse psychische Störungen, Gemüthsreizbarkeit, Unlust zur Arbeit, rauschartiger Zustand. Er verschwindet manchmal zeitweise und ist der Vorbote schwererer und oft unheilbarer Störungen. Oft tritt daneben hartnäckige Schlaflosigkeit auf. Nach längerer oder kürzerer Dauer folgt eine Reihe von Störungen, welche Fournier forme congestive genannt hat. Dieser Ausdruck präjudicirt keinesweges ihre anatomische Ursache. Die Störungen sind theils vorübergehend, theils dauernd. Zu den ersteren gehören Schwindel und eine Art Betäubung, Beeinträchtigung des Gesichts u. Gehörs, zeitweise Anfälle unvollständigen Bewusstseins, Störungen der Sprache und Stimme, sowie der Körperbewegungen. Mit der Zeit werden diese Störungen dauernd, die Kranken machen den Eindruck Trunkener bei Bewegungen. Ihre Peristaltik ist verlangsamt, Harnentleerung und Potenz geschwächt. Dieser Zustand erfährt meist eine plötzliche Verschlimmerung durch das Auftreten psychischer Störungen, epileptischer Anfälle, von Lähmungen oder Aphasie. Die Lähmungen treten meist in Form apoplektischer Anfälle auf. Sie gehen rasch vorüber, oder halten länger an. Am häufigsten betreffen sie den n. oculomotorius, abducens, facialis, hypoglossus u. die Extremitäten einer Seite. Die Apoplexie tritt in zweifacher Gestalt auf, als Schlag mit Schwäche und Lähmung im ganzen Körper ohne Verlust des Bewusstseins, oder als vollständiger apoplektischer Anfall. Oft ist das apoplektische Coma das erste und zu-

gleich auch das letzte Symptom der Hirnlues, welches langsam in den Tod übergeht.

Die syphilitische Epilepsie unterscheidet sich in Nichts von der gewöhnlichen. Sie kann allein auftreten, oder sich mit andern Störungen, namentlich Lähmungen, verbinden. Sie tritt entweder als Initialsymptom auf, oder später, oder als Finalsymptom. Meist gehen ihr Verfall der Ernährung, Anämie, Verminderung des Appetits, Abmagerung, Abnahme der psychischen Energie und hartnäckiger Kopfschmerz voran. Sie macht zuerst seltene, dann häufigere Anfälle. Dem Anfall gehen allgemeine Schwäche, nervöse Reizbarkeit und namentlich Kopfschmerz an der Grenze zwischen Schläfen- und Scheitelbeingegend voran. Er wird oft durch eine Aura eingeleitet. Falls sie nicht allein auftritt, so gesellen sich zu ihr psychische und motorische Störungen. Die ersteren bestehen in einer gewissen, psychischen Schwäche, die oft bis zum Blödsinn fortschreitet. Oft kommt es zur Manie. Das Gedächtniss nimmt oft sprungweise ab. Die motorischen Störungen treten gewöhnlich als unsymmetrische Lähmungen im Gesicht, einer, oder der anderen Extremität, oder als Hemiplegien auf und gehen anfangs vorüber, während sie später andauern. Die Ernährung leidet bald gar nicht, bald in hohem Grade. Als charakteristisch für die syphilitische Epilepsie führt Fournier das Fehlen des Schrei's, sowie das Hinterlassen von Lähmungen an. Wichtiger ist das partielle Auftreten der Krämpfe in denen das Bewusstsein oft nicht verloren geht. Ausnahmsweise treten heftige Schmerzen in den befallenen Theilen auf. Die partielle Epilepsie kann mit seltenen totalen Fällen abwechseln. Gerade, wie die gewöhnliche, scheint die syphilitische Epilepsie die Folge von Kreislaufsstörung in der psychomotorischen Region des Grosshirns, welche der Schläfenscheitelbeingegend entspricht, zu sein. Die Anfälle sollten häuptsächlich Nachts auftreten, was Fournier nicht bestätigt. Während bei der gewöhnlichen Epilepsie intervalläre Erscheinungen oft lange ausbleiben, zeigen syphilitische Epileptische meist die Erscheinungen der Congestivform. Die syphilitische Epilepsie tritt viel später auf, als die gewöhnliche, fast nie vor dem 25. Jahre. Die Gegenwart anderer Symptome von Syphilis spricht fast sicher für ihre syphilitische Natur, die jedoch vom praktischen Standpunkte auch dann festgehalten werden muss, wenn sich keine andere Ursache derselben auffinden lässt. Zuletzt entscheidet die Therapie.

Zur Sprache gehören von Seiten des Hirns drei Faktoren: der psychische Einfluss, das Centrum, auf welches der Wille wirkt und das Centrum, welches durch Uebertragung des Bewegungsimpulses auf die entsprechenden, zu den peripheren Apparaten führenden Nerven, die Artikulation bewirkt. Der Verlust der Sprache, in Folge von Verletzung des Centrums, in welchem der psychische Impuls auf die entsprechenden Bewegungsfasern übergeht, heisst Aphasie. Dieses Centrum hat bekanntlich seinen Sitz im hinteren Drittel der dritten linken Stirnwindung. Im Verlaufe der Hirnsyphilis tritt daher Aphasie häufiger auf und zwar bald früh, bald spät, bald allein, bald mit anderen Symptomen verbunden. Im

ersteren Falle macht sie rasch vorübergehende Anfälle, im letzteren verbindet sie sich meist mit den Störungen der congestiven Form und aus anatomischen Gründen mit rechtseitiger Hemiplegie. Sie kann sich jedoch auch mit Lähmung der Augenmuskeln, linkseitiger Gesichtslähmung, Paraplegie und linkseitiger Hemiplegie verbinden, was auf mehrfache Herde hindeutet. Manchmal verbindet sie sich mit Epilepsie. Die Zunge ist meist nicht gelähmt. Seltener entwickelt sich die Aphasie langsam, mit anderen motorischen und psychischen Störungen. Ihr Grad wechselt von leichtem Stocken in der Rede bis zu völliger Stummheit. Oft verbindet sie sich mit Amnesie, Agraphie und Alexie. Die Amnesie beruht auf dem Vergessen der Worte mit Erhaltung der an sie geknüpften Begriffe. Die Agraphie auf der Unfähigkeit, die Schriftzeichen mit den Vorstellungen zu verbinden, die Alexie endlich auf der Unfähigkeit, die optischen Vorstellungen der Buchstaben mit den ihnen entsprechenden akustischen Zeichen zu verbinden. Der uneigentliche Gebrauch der Rede, des Lesens und der Schrift heisst Paraphasie, Paralexie und Paragraphie. Sie sind niedere Grade der eben beschriebenen Störungen. Meist begleitet dieselben eine Abnahme der geistigen Kräfte. Ihre Prognose ist verschieden. Geistesstörungen begleiten oft die Hirnsyphilis, die ja mit Vorliebe die graue Substanz der Grosshirnhalbkugeln und zwar besonders ihrer vorderen Lappen befällt. Sie treten bald allein, bald als Complikation auf.

(Schluss folgt.)

Landsberg (Ostrowo).

---

25) **A. Eickholt** (Merzig): Beitrag zur „centralen Sclerose“ (Sclérose periépendymaire).

(Archiv für Psychiatrie Bd. X. Heft 3.)

Eine 42jährige Frau erkrankte 1877 an Schwindelerscheinungen und Symptomen psychischer Erregung. Bei Mangel von Motilitäts- und sonstigen Rückenmarksstörungen konnte sie ohne zu wanken nicht gehen. Im September in die Irrenanstalt aufgenommen, zeigte sie Aufregung und Unruhe und Trübung des Bewusstseins, tremulirende, vorgestossene Sprache.

Die oberen Extremitäten zitterten, der Gang schwankend mit dem Bestreben den Schwerpunkt nach hinten zu verlegen. Der erste Herzton an der Spitze ein Geräusch. Der linke bulbus mehr vorstehend wie der rechte, die Pupillen reagirten träge, die linke war grösser wie die rechte, Catarrh der conjunctiva links, dort auch vollkommene Amaurose, der Augenhintergrund beiderseits livide roth, die Blutgefässe, namentlich die Venen stark gefüllt, links die Papille ganz verschwommen. Der Aufregung folgte vermehrte dementia, Convulsionen mit Bewusstlosigkeit und stark erweiterten Pupillen, zuerst an der Augenmuskulatur beginnend und von da absteigend. Häufige cries hydrocéphaliques. Mit Zunahme des psychischen Verfalls und des tremors traten Blasen- und Mastdarmstörungen auf und im April 1878 in Folge eines Falles auf den Kopf allgemeine Convulsionen, mit Erbrechen und Bewusstlosigkeit, in gekreuzter

Form: die rechte obere und die linke untere Extremität zeigte klonischen, die linke obere und die rechte untere Extremität nur tonischen Krampf. Nach diesem stundenlangen Anfall zwei Tage lang tonische Muskelspannungen, namentlich der linken unteren Extremität, dann folgte vermehrte Unruhe, Steigerung aller Symptome, Herabsetzung der Hautsensibilität, vorübergehende linksseitige Hemiparese und häufige klonische Zuckungen der rechten Seite und der Halsmuskulatur. Es trat Atrophie der Gesammtmuskulatur ein und nach weiteren Convulsionen und starkem körperlichen und geistigen Verfall der Tod am 17. Februar 1879 in Folge von Pneumonie und Lungenödem bei gleichzeitigem Decubitus.

Im R.-M.-Kanal fand sich viel Blut, die pia an der Hinterfläche des Lendenmarks wenig getrübt, das R.-M. selbst verschmälert, vom Halsmark bis ins Brustmark hinein leichte grauliche Verfärbung der Hinterstränge; der Centralkanal, im Brustmark bedeutend, im Hals- und Lendenmark nur wenig erweitert, enthält blutiges Serum; seine Umgebung erweitert. Die Dura am stark verdickten Schädel verwachsen, nur am clivus und der Schläfengrube einzelne rostbraune Flecke, links über dem Scheitellappen an ihrer Innenfläche ein linsengrosses Lipom. Gehirn abgeplattet und fluctuirend, in den Seitenkammern, deren Ependym verdickt ist und einzelne Granulationen zeigt, eine grosse Menge Flüssigkeit; das Gehirn im Ganzen und seinen Theilen atrophisch, die nervi optici verdünnt, der linke graulich verfärbt. Ausserdem Pleuropneumonie, Mitralinsufficienz, Schrumpfinere, braune Atrophie der Herzmuskulatur, Pigmentatrophie der Leber.

Die mikroscopische Untersuchung zeigt im Gehirn stark gefüllte Blutgefässe, in deren kolbigverdickten Wandungen Kernwucherung stattgefunden hat. Statt der Neuroglia ein festes, dichtes Gewebe von feinen Fasern, Deiters'sche Zellen sehr reichlich, die Ganglienzellen pigmentirt und atrophisch. Das Ependym der Ventrikel fast ohne Epithel, die subepitheliale Schicht bildet ein dichtes Flechtwerk, das mit zahlreichen Zellen von feinkörnigem Inhalt und mehreren Fortsätzen durchsetzt ist. Die tieferen Schichten bestehen aus einem Flechtwerk aus den Fortsätzen der Deiters'schen Zellen. Die Granulationen sind Anhäufungen dieser Zellen und Fasern. Im Rückmark dieselben Gefässveränderungen, die Pia zeigt Vermehrung der Fasern und Zellen, welche letztere sich stark mit Pigment imbibiren in langen Ausläufern endigen und fast epithelialen Charakter haben. Der Centralkanal, dessen Erweiterung in der Mitte des Halstheils beginnt, ist unregelmässig gestaltet. Schon im obern Halsmark ist die commissura grisea mehr mit Carmin imbibirt und reich an Zellen, die gegen den Kanal andrängen, das Epithel durchbrechen und ihn mit Rundzellen anfüllen; oder sie erzeugen Vorwölbungen in den Kanal hinein, den sie dadurch in zwei Hälften theilen. Damit in Verbindung ist eine Wucherung der subepithelialen Bindegewebsschicht, so dass ein derber Faserring entsteht, welcher am stärksten an Stellen der grössten Ausdehnung des Kanals ist. In den Hintersträngen findet sich nur eine geringfügige interstitielle fibrilläre Wucherung; in den grauen Hörnern

Verdickung der Blutgefässe, die in einem durchsichtigen Stroma liegen und Ganglienzellen in verschiedenen Entzündungsstadien.

Verf. hält die anatom. Veränderung für eine Hypertrophie des Ependyms. Durch die Granulationen und Erhebungen in den Centralkanal hinein entstände die Verdoppelung desselben, welche A. Pick als embryonal vorangelegt bezeichnet, weil er eine Neubekleidung mit Epithelzellen für nicht gut möglich hält, die Verf. annimmt. Er glaubt, dass die diffuse primäre Sclerose, mit Stauungserscheinungen im Gefässsystem verbunden, Erguss in die Ventrikel secundär veranlasste. Die Resorption des Ergusses wurde durch eine successive Verdickung des Ependyms verhindert.

Rohden (Oeynhausen).

---

26) **Georg M. Beard**: A practical treatise on nervous exhaustion (Neurasthenie)' its symptoms, nature, sequences, treatment.

(New-York 1880. 193 pag.)

Als hauptsächlichste Symptome der Neurasthenie führt Verf. an: 1. *Feinfühligkeit*, *Ueberempfindlichkeit der Kopfhaut*, (zuweilen mit Hitze und Brennen verbunden) der Gegend über den Augenbrauen, oft der linken Schläfe. 2. *Erweiterte Pupillen* oder noch häufiger und diagnostisch wichtiger *häufiger Wechsel zwischen Erweiterung und Verengerung* derselben (permanente Ungleichheit der Pupillen deutet auf organische Erkrankungen). 3. *Verschiedene Formen des Kopfschmerzes.* 4. *Schmerz, Druck, Schwere, Gefühl der Leichtigkeit im Hinterhaupt, Scheitel, ganzen Kopf* mit und ohne Hirncongestionen. 5. Veränderter, schwer zu beschreibender Ausdruck der Augen. 6. *Congestionirung der Conjunctiva*, meist chronisch, passiver Natur. 7. *Störungen der Sinnesnerven* (z. B. eine durch Brillen nicht zu heilende Asthenopie, Mouches volantes: Ohrgeräusche, Geruchs- und Geschmaksalterationen). 8. *Nervenschwache* Stimme. 9. Reizbarkeit der Stimmung. 10. *Mangel an Energie* (hoffnungslose Stimmung). 11. *Krankhafte Furcht* vor dem Blitze, dem Sturm, vor gewissen Strassen, Plätzen, Localitäten (Westphals Agoraphobie ist eine Unterabtheilung dieser Topophobie), vor Zimmerluft, Menschen, Alleinsein, vor Erkrankungen, Ansteckung, Arbeit etc. Alle diese Symptome kommen zum Unterschiede von ähnlichen bei Geisteskrankheiten etc. vorkommenden dem Kranken zum Bewusstsein (er will davon befreit sein), erscheinen plötzlich und bestehen Monate und Jahre in verschiedener Intensität, sind häufig Folgen von Unordung des reproductiven Systems (Excesse oder Abstinenz in Venere, Uterinerkrankungen etc., namentlich bei nervöser Constitution), verschwinden oft nicht trotz Heilung jener, sind sehr oft (nicht immer!) unabhängig von Anämie (da sie gerade bei sehr kräftigen Leuten oft auftreten) und meist mit andern neurasthenischen Symptomen vergesellschaftet. Als solche nennt er: Schwitzen der Hände (palma), pathologisches Erröthen des Gesichtes und anderer Körpertheile, Erschöpfungsgefühl, Schlaflosigkeit oder Schläfrigkeit, schiessende Schmerzen, Schwindel, Empfindlichkeit der Zähne und des Zahnfleisches, nervöse Verdauungsschwäche, Abneigung ge-

gen Trinken (manche Neurastheniker sollen aus Mangel an Flüssigkeit im Körper zu Grunde gehen), Neigung zu Stimulantien und Narcoticis, Veränderungen der verschiedensten Secretionen, Ueberempfindlichkeit des Rückgrates und des ganzen Körpers (Spinalirritation und allgemeine Hyperästhesie), Schmerzen in verschiedenen Körperstellen (Aerzte befürchten deshalb oft Ataxie!), Parästhesien, zuweilen fibrilläre Contractionen, Herzpalpitationen, locale Muskelspasmen, zuweilen plötzlicher Tremor nach Erregungen, Dysphagie, convulsivische Bewegungen (namentlich beim Einschlafen), Idiosyncrasien in Bezug auf Nahrung, Medicinen und äussere Reizmittel auch Heufieber ist eine auf Idiosyncrasie beruhende functionelle Nervenkrankheit), locale periphere Taubheit und Hyperästhesie, Gefühl tiefer Erschöpfung, leichte Ermüdung, Kitzlichkeit, allgemeiner oder örtlicher Pruritus, allgemeines und örtliches Hitze und Kältegefühl, plötzlicher Verlust allgemeiner oder specieller Functionen (des Gehvermögens der Stimme, vorübergehende Paralyse, freiwillige Samenergiessungen, Impotenz, Frauenkrankheiten, vermehrte Oxalate und Urate im Urin, Keuchen und Gähnen, zarte Haut (Neurasth. sehen oft jünger aus, als sie sind), schnelles Schlechtwerden der Zähne. Alle diese Symptome, die in einigen Fällen nur eine Seite oder einen Körpertheil betreffen, (Hemi-Neurasthenia, namentlich hysterische Hemianästhesie) sind höchst launenhaft, kommen und gehen, verbinden sich in verschiedenem Wechsel mit einander, sind am häufigsten zwischen dem 15. und 45—50. Jahre (bei Geistesarbeitern; in Amerika ist jeder 10. Neurastheniker ein Arzt), haben oft periodischen, rythmischen Character) dies gerade häufig bei kräftigen Männern).

Rücksichtlich der differentiellen Diagnose, die ihrer Schwierigkeit wegen meist nur von dem Kenner aller organischen Nervenkrankheiten zu stellen ist, muss zunächst festgestellt werden, dass Neurasthenia und organische Erkrankungen (Ataxie, Muskelatrophie) nicht, wie die deutschen Schriftsteller wollen, gemeinsame Ursache haben (ebensowenig wie erstere häufig zu letztern führt). Beide werden oft mit einander verwechselt („es ist zweifellos, dass die meisten Fälle von Ataxie, die Remak, Meyer und andere Deutsche durch Galvanisation geheilt haben wollen, in Wirklichkeit Fälle von nervöser Erschöpfung der Spina oder spinalen Congestion waren“?!), weshalb als wichtig zu berücksichtigen ist, dass 1) die Symptome der organischen Erkrankung gewöhnlich fixe sind im Gegensatz zu den wechselnden der Neurasthenie; dass 2) gewisse Symptome der Neur. bei organischen Erkrankungen selten oder gar nicht vorkommen (Jucken, Empfindlichkeit der Kopfhaut, der Zähne, des Zahnfleisches, Erröthen, Unruhe, Idiosyncrasien); dass 3) bei Neur. die Reflexaction im Allgemeinen gesteigert, bei organischen Erkrankungen gemindert ist; dass 4) Neur. am häufigsten bei nervöser Diathese vorkommt.

Betreffs der *Hypochondrie* führt B. dann an, dass sie, falls sie nicht, wie oft, ein Symptom der Neur. ist, durch falsche Deutung gewisser kleiner Symptome entstehe, daher als durch Belehrung heilbar keine ächte Hypochondrie sei; ächte Hypochondrie bestehe

in grundloser Furcht vor Erkrankung. — Cerebrale und spinale Hyperämien und Anämien sind Folgen, nicht Ursachen der Neurasth. hervorgerufen durch körperliche oder geistige Erregungen. Die Neurasth. ist, wie Erb richtig sagt, eine Ernährungsstörung, die Spinalirritation ist nur ein Symptom derselben. — Neurasthenie und Anämie sind nicht identisch: erstere findet sich meist bei nervös disponirten, sonst gesunden Leuten (mehr Männer als Frauen) von 15—60 Jahre, ohne nothwendig mit Anämie und Circulationsstörungen verknüpft zu sein (ohne Blutgeräusche, ohne Blässe); dabei strengen gewöhnlich geistige Arbeiten mehr an, als körperliche; zugleich ist häufig Schlaflosigkeit und habituelle geistige Depression vorhanden; Nervenmittel und zweckmässige Diätetik bringt gewöhnlich schrittweise Heilung. Die Anämie dagegen findet sich in allen Lebensaltern, oft in sonst noch kranken Körpern (häufiger beim weiblichen Geschlecht), macht Blutgeräusche, Blässe, oft Schläfrigkeit, Circulationsstörungen (habituelle kalte Füsse), selten geistige Depression, erträgt körperliche Arbeit schlechter als geistige und wird oft äusserst schnell durch directe Blutmittel (Eisen) geheilt. — Betreffs der differentiellen Diagnose zwischen Neurasth. und Hysterie, die zuweilen Folge der ersteren ist, sagt B., dass Neurasth. im Gegensatz zu Hysterie ohne Convulsionen und Paroxysmus verläuft, seltenere und kürzere Anästhesien zeigt (kein globus hysteric., seltener Ovarialempfindlichkeit), ausser Männern auch oft Weibern mit geistigem Gleichgewicht, aber physischer Schwäche befällt, langsam und unter „objectiver Behandlung" (nicht blosser psychischer Behandlung) heilt. — Syphilis, die nicht nur Neurasth., sondern anch eine Hysterie simuliren kann, wird an ihren bekannten Symptomen erkannt; ebenso Rheuma und „Erkältung." — Die Cerebrasthenie, die oft mit Myelasthenie vereint oder mit ihr abwechselnd auftritt, ist der Behandlung wegen von letzerer zu trennen: die aus den verschiedenen Funktionen des Gehirns- und Rückenmarkes eventuell folgende Symptome sind differentiell diagnostisch leichter oder schwerer zu verwerthen. Practisch wichtig ist, dass bei Cerebrosthenie passende active Muskelübungen, bei Myelasthenie oft gegentheilig Ruhe, höchstens passive Bewegungen am Platze sind. — Die Pathologie der Neurasthenie liegt in der schlechten Ernährung des Nervengewebes, nicht in der krankhaft veränderten Blutcirculation: diese ist vielmehr Folge der bei ersterer stets vorhandenen Störungen des gesammten, namentlich des vasomotorischen Nervensystems. Ob Neurasth., wie Dr. Salisbury und Dr. Heintzmann wollen, aus einer veränderten Beschaffenheit der Blutkörperchen durch's Microscop erkannt werden kann, muss erst genauer studirt werden.

Die Prognose der Neurasth. ist günstig. Auch hereditäre Neurasth. weicht der Behandlung, kehrt aber oft zurück. — Als mögliche Folgen sind zu fürchten: Geisteskrankheit, meist in Form der Melancholie, Hysterie und Hystero-Epilepsie, allgemeine, nicht fixe Neuralgien, Trunksucht, Morphiumsucht, Erkrankungen der reproductiven Organe (die oft umgekehrt Ursachen der Neurasth. sind), Heufieber, eine gewisse Form des Schreibkrampfes, Cata-

lepsie, Paralysen und organische Erkrankungen der Medulla spin. (jene, oft hysterische Paralysen genannt, ergreifen die verschiedensten Organen; diese kommen wohl selten vor), gewisse Formen der Bright'schen Nierenerkrankung.

Die Behandlung muss eine allgemeine und zugleich örtliche, gelegentlich eine wechselnde sein. Fett, Milch, Leberthran, Koumiss, was der Magen verträgt: in andern Fällen absolute vegetabilische oder Fischdiät. Keine Ueberanstrengung irgend welcher Art. In einigen Fällen Ruhe, in andern Arbeit (Wechsel derselben). Keine Entfernung von der Familie, falls diese nicht schädlich einwirkt. Geistige Therapie allein ist zu verwerfen. Meist ist Combination vieler Mittel nothwendig; nützliche Sedationen sind vor Allem die Zinkverbindungen. Ergotin, Arsenik, Cannabis indica, Coffein, Bromkali etc. wirkten in den einzelnen Fällen oft schnell gegen gewisse Symptome (wie allseitig bekannt). Chloral, Opium, Alcohol, Jod, wenn irgend möglich zu vermeiden. Daneben gebrauche man in allen Fällen Electricität (allgemeine rationelle auch locale Faradisation und centrale Galvanisation, schwache, später vielleicht starke Ströme, täglich oder in Pausen) und Massage (namentlich bei bettlägerigen Frauen). Hydrotherapie muss zweckmässig angewandt werden. Türkische und russische Bäder helfen meist Nichts. Nützlich sind zuweilen milde Abführmittel und Gegenreize. Nutzen durch Metallotherapie ist fraglich. Ursächliche Krankheiten müssen beseitigt werden. Die Behandlung muss immer eine beharrliche sein. — Diese Behandlung („es heilt der Arzt, nicht das Arzneimittel die Neurasth.") gilt auch für die Folgen der Neurasth. — Die ersten Zeichen beginnender Besserung ist besserer Schlaf, geistige und körperliche Ruhe (Verschwinden der Angstgefühle), Zunahme des Fettes und Körpergewichts etc. Grosse Reisen sind meist schädlich. Am besten ist Aufenthalt in südlichen waldreichen Gebirgen nicht über 3000 Fuss und Verlassen der besonders zu Neurasth disponirenden gemässigten Zone.

Voigt (Oeynhausen).

---

27) **Erb**: Ein Fall von Tumor in der vordern Centralwindung des Grosshirns.

(Archiv für klin. Medicin. XXVII. 1. u. 2. Heft).

Die Diagnose einer Rindenerkrankung der rechten vordern Centralwindung konnte aus folgenden Symptomen gestellt werden: anfänglich Monoplegie des linken Armes mit periodischen Krampfanfällen in dieser Extremität, später Ergriffenwerden der linken untern Extremität in der gleichen Weise, normales Verhalten der Hirnnerven, keine Sensibilitätsstörungen, Erhaltung des Bewusstseins während der Anfälle. Der Fall gewinnt noch dadurch Interesse, dass an der betr. Extremität vasomotorische Störungen in Form von Röthe und Gedunsenheit der Haut und Erhöhung der Temperatur beobachtet wurde. Die Haut- und Sehnenreflexe boten ein eigenthümliches Verhalten: die ersteren waren nämlich vermin-

dert, die letzteren erhöht. Möglicherweise kann dieses differente Verhalten der Haut- und Sehnenreflexe in zweifelhaften Fällen für die Entscheidung der Frage: ob cerebrale oder spinale Heerdläsion von Wichtigkeit sein. Eickholt (Merzig).

---

28) **Rudolpf v. Jaksch** (Prag): Zwei Fälle von Meningitis cerebro-spinalis.

(Prag. med. Wochenschrift 31. u. 32. 1880.)

Als bemerkenswerth theilen wir aus den epicritischen Bemerkungen über diese beiden Fälle mit, dass bei beiden ein Exanthem nicht wahrgenommen worden, dass nur im ersten Falle einmal vorübergehend Erbrechen aufgetreten. Delirien waren in beiden Fällen, bald stärker, bald schwächer die ganze Krankheitsdauer hindurch. Die Lähmungen beschränkten sich auf facilis und oculomotorius, bedeutender im I. Falle nach jeder Temperatursteigerung, constant im II. Falle. Hauthyperästhesie nur im II. Falle, in welchem auch hochgradige Atrophie der gesammten Körpermuskulatur und Trismus. Fieber hat im ersten intermittirenden, im II. den gewöhnlichen, für die Krankheit charakteristischen Gang. Peptonurie intermittirend, nach jedesmaliger Fiebersteigerung auftretend. Im I. Fall nahmen die Symptome stossweise zu und ab, es erfolgte langsame Reconvalescenz, komatöse Zustände, Euphorie und dann plötzlicher Tod, im zweiten Falle hingegen werden alle Symptome stärker bis zum Tode. Patholog.-anatom. Befund in beiden Fällen gleich: Ventrikelhydrops, Eiterinfiltration in den Meningen ad basim cerebri. Während aber im I. Falle im Meningealsacke des Rückenmarkes sich stellenweise Bindegewebsneubildung und keine Eiterinfiltration, also Uebergänge zum chronischen Stadium vorfanden, wurden im letzten Falle überall frische Eiterinfiltrationen in die Meningen des Rückenmarkes constatirt.

Goldstein (Aachen).

---

29) **Ferrier**: Leftsided epileptic hemiplegia and aphasia; recovery. Casuistische Mittheilung aus King's College Hospital.

(The Lancet 6. XI. 1880.)

Der 27jährige Patient, welcher am 21. Juni aufgenommen wurde, hatte vor 11 Jahren durch Sturz auf den Kopf eine Verletzung erhalten. 6 Wochen danach trat der erste epileptische Anfall auf; unmittelbar nach einem zweiten Falle vor 10 Jahren der zweite epileptische Anfall. Seither kamen noch 18 Anfälle. Dieselben waren durch eine ziemlich lang dauernde Aura eingeleitet, welche in der linken Hand begann und sich allmählich über dieselbe Körperseite ausbreitete bis beim Uebergang auf die rechte Seite die Convulsionen unter Bewusstseinsverlust ausbrachen. Nach dem letzten Anfalle am 9. Juni hatte Pat. 2 Tage lang linkseitige Hemiplegie und weiterhin Aphasie.

Bei der Aufnahme war noch vollständige atactische Aphasie

vorhanden, während Amnesie und Agraphie fehlten. Der Kranke konnte sich schriftlich völlig mit der Umgebung verständigen. Leichte Schwäche im linken Beine, ganz leichte linkseitige Facialparese und heftiger Kopfschmerz rechterseits, zunehmend bei Druck oder Percussion des Scheitelbeines, und starker Schwindel waren die weitern Symptome. Die Sensibilität war nirgends gestört. Trotz Ableugnung von Syphilis wurde doch Jodkali verordnet, unter dessen Gebrauch bald eine Besserung eintrat (am 26. Juni sprach Pat. zum erstenmale einige Sätze) und rasch vorwärts schritt, so dass der Kranke am 14. Juli geheilt entlassen werden konnte.

Ferrier ist der Ansicht, dass in diesem Falle eine specifische Rindenerkrankung in der Gegend der rechten Fissura Rolando vorhanden gewesen sei. Beachtenswerth ist das Auftreten der Aphasie bei linkseitiger Hemiplegie und Rechtshändigkeit. Vielleicht liesse sich nach ihm der reine atactische Character der Sprachstörung durch den rechtseitigen Sitz der Läsion erklären; indem nur die Synergie der Hemisphären aufgehoben war; während die Intactheit der linken Hemisphäre das Fortbestehen des Wortgedächtnisses und Begriffsvermögens erklärt.

Karrer (Erlangen).

---

30) **John Watt**: Notes on two cases of spina bifida in the cervical region.

(Edinburgh med. Journal. October 1880.)

Beide Kinder kamen im Alter von 3 Wochen in Behandlung. Dieselbe wurde nach Norton gemacht: Einstich in die Geschwulst, Ablassung eines Theils der Flüssigkeit und nachherige Injection von Jod und Jodkali in Glycerin gelöst. Die Operation wurde wiederholt, nachdem der zuerst verhärtete Tumor wieder sich erweicht hatte und Fluctuation zeigte. Bei dem einen Kinde, bei welchem die Communicationsöffnung zwischen Geschwulst und Rückgratshöhle anscheinend klein war, wurde völlige Heilung durch Schrumpfung erzielt, während das andere an Hydrocephalus starb.

Karrer (Erlangen).

---

31) **Eugen Fränkel** (Hamburg): Beitrag zur Lehre von den Sensibilitäts-Neurosen des Schlundes und Kehlkopfs.

(Bresl. ärzt. Zeitschr. Nro. 16. 1880.)

Bezüglich der Aetiologie der vom Verf. beobachteten (10) Fälle war bei zweien ausgesprochene Hysterie nachzuweisen, ein Fall ist als Kehlkopfhypochonder aufzufassen, bei zweien war die Affection im Anschluss an heftige Menorrhagien aufgetreten, bei einem wurde der Beruf (Volksschullehrer) angeschuldigt, bei weiteren dreien fehlte das ätiologische Moment, und bei einem Knaben von 13 Jahren handelte es sich um einen nervösen Husten (toux des aboyeurs). Gewisse Kehlkopfkatarrhe haben allerdings häufig unangenehme Sensationen im Bereiche des Schlundes und Kehlkopfs im Gefolge, aber diese letzteren stehen in keinem bestimmten Verhältnisse zu den

Katarrhen und überdauern sie meistens. Die Krankheitserscheinungen bestehen gewöhnlich in ausgesprochenen Parästhesieen, Brennen im Schlunde oder Kehlkopf, ausstrahlend auf harten Gaumen, Zungenwurzel, Zungenspitze. Die objectiv nachweisbaren Symptome sind gewöhnlich negativ und gerade desshalb ist auf Neurose zu schliessen. Zuweilen ist Anämie der sichtbaren Schleimhäute vorhanden, in anderen Fällen Katarrh. Bei der Anämie handelt es sich meistens um eine acute, nach grösseren Blutverlusten aufgetretene. Nicht gar selten beobachtet man eine Verlängerung der uvula, die zuweilen das Bild der Neurose vortäuscht, zuweilen Antheil an den abnormen Sensationen hat. Ferner sind Schmerzpunkte am Halse zu constatiren, die beim Aufsetzen der Electroden des constanten Stromes ausserordentlich empfindlich sind. Betreffs der Therapie hat Verf. den grössten Erfolg vom constanten Strom gehabt — posit. Electrode am Hals applicirt, in die regio submaxillar. largingea etc., die negative an einer indifferenten Stelle.

Innere Darreichung von Bromkalium ebenfalls von Erfolg, Palliativ sehr nützlich ist ferner die feuchte Wärme in Gestalt von in heisses Wasser getauchten Compressen.

Goldstein (Aachen).

---

32) **Thomas Inglis**; Two cases of myxoedema.

(The Lancet 1880, 25. IX.)

Verf. beobachtete erwähnte Krankheit auch bei einem männlichen Kranken, bei welchem mit dem Ausbruch einer Melancholie allmählich das Myxoedem sich entwickelte und über den ganzen Körper ausbreitete. Auch die Zunge schwoll an und schien zu gross für den Mund. Der Kranke bot das Bild, wie es von Savage (cf. Centralblatt 1880 pag. 147) gezeichnet ist. Der Urin war eiweissfrei, die Herztöne rein, die Temperatur subnormal. Reflexerscheinungen bei Kitzeln fehlten, ebenso die electrische Erregbarkeit der Muskeln an Armen und Beinen. Der Kranke war zur Zeit des Berichtes anscheinend im Zustande der Verblödung.

Die andere Beobachtung betraf eine weibl. Kranke, welche an chronischer Geistesstörung, zuerst melancholischer, dann maniacalischer Zustand, litt. Bei derselben waren die gleichen körperlichen Symptome nur schwächeren Grades vorhanden. Auch sie zeigte schon beginnende Geistesschwäche.

Verf. glaubt, dass das Primäre eine trophische Störung in den Ganglien sei, durch welche dann die unvollkommene oder ganz fehlende Aufsaugung bedingt wäre. Eine erfolgreiche Behandlung ist noch nicht gefunden.

Karrer (Erlangen).

---

33) **A. Ritti** (Charenton): Ein Fall von transitorischer Manie nach einer heftigen Gemüthsbewegung.

(Annal. med. psychol. 1880. Mars.)

Ein Mädchen von 18 Jahren, welches bisher stets gesund war und nur bisweilen an Globus hystericus litt, wurde eines Tages von

einem schweren Schrecken befallen, als sie, welche die Kasse des Hauswesens ihres Vaters zu führen pflegte, in derselben ein Tausendfrankennote vermisste, welche ihr Vater, ohne es ihr zu sagen zu einer Zahlung benützt hatte. Sie eilte weinend und schreiend auf die Strasse und wollte sich in den in der Nähe des Hauses befindlichen Canal stürzen. Aufgegriffen und nach Hause geführt, erfasste sie im Vorübergehen eine Ahle und wollte sie sich in die Haut schlagen. In diesem Moment wurde sie von einem nervösen Anfall ergriffen, in Folge dessen sie die halbe Nacht wie niedergegedonnert zubrachte. Erwacht aus diesem Zustand befand sie sich in heftiger Aufregung und lebhaftem Delirium: überall sah sie Polizei, sie schrie laut nach ihrer (schon länger verstorbenen) Mutter und rief: „ich bin keine Diebin, keine Mörderin!" Dabei war sie durchaus verworren, wusste nicht was sie that und erkannte Niemand.

Dieser Zustand dauerte 2 Tage; dann beruhigte sie sich und war vollkommen klar; sie erinnerte sich an ihren Anfall bis zu dem Eintritt des stuporähnlichen Zustandes, von da an fehlt jegliche Erinnerung. — Später hat sich nie wieder etwas von körperlicher oder geistiger Abnormität bei ihr gezeigt.

Engelhorn (Maulbronn).

---

34) **Richter** (Dalldorf): Bildungsanomalien bei Geisteskranken.

(Vortrag, gehalten in der 39. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 16. XII. 1880.)

Redner hat aus den Krankengeschichten von 200 chronisch Verrückten, bei denen er nach einem und demselben Schema den status praesens aufgenommen hatte, bezüglich deren körperlichen Entwicklung höchst interessante, in vielen Punkten neue Resultate erhalten.

Er gelangte durch die Zusammenstellung aller gefundenen angeborenen Abnormitäten zu folgenden Zahlen:

An 24 der Kranken war keine sichtbare Missbildung vorhanden.

Bei den übrigen 176 kamen vor: Unregelmässigkeiten der Hautdecken (Behaarung, Muttermal etc.) 16 mal, abnorme Iris-Färbung 87 mal, Strabismus viermal, Missbildungen der Ohren 11 mal, unsymmetrische Nasen 77 mal, Missbildungen in der Mundhöhle 37 mal, der Geschlechtstheile 20 mal, Verkrümmungen der Extremitäten 27 mal, der Wirbelsäule 9 mal, der Gehirnkapsel 8 mal, Herzfehler 5 mal, Hernie 21 mal. Ausserdem fand Redner 14 mal in mehr oder weniger ausgesprochenem Grade vorhanden eine *Anomalie des Gesichtsskeletts*, die darin besteht, dass die Knochen der *einen* Gesichtshälfte bald mehr in dem vertikalen, bald mehr in den horizontalen Durchmessern verkleinert sind.

Redner stellte der Versammlung einen exquisiten Fall dieser Gesichts-Asymmetrie vor, bei dem zugleich die entsprechende Anomalie an der Gehirnkapsel vorhanden war. Er supponirt in Fällen letzterer Art als Ursache eine frühzeitige Verknöcherung der Näthe, dabei Bezug nehmend auf Virchow's Stenokrotaphie.

Die Bildungsanomalieen des Gehirns der chronisch Verrückten erwähnte Redner nur kurz; er glaubt dieselben in dem Arrangement der Windungen suchen zu müssen, für welche Ansicht ihm schon einige Sectionen bestimmte Anhaltspunkte gegeben hätten.

Zum Schlusse referirte Redner die bei 30 Paralytikern gefundenen Missbildungen, aus deren geringerer Zahl deutlich hervorgehe, dass die Entwicklung der nicht paralytischen Geisteskranken von der Norm entfernter bleibt.

Stenger (Dalldorf).

---

35) **J. Christian** (Maréville): Zwei Fälle von allgemeiner Paralyse mit Remissionen in Folge lang dauernder Eiterung.

(Annal. méd. psychol. 1880.)

1. Fall. 32jähriger Mann mit heftiger maniakalischer Erregung und Grössendelirien. Die rechte Pupille ist weiter als die linke, die Sprache undeutlich und mitunter stotternd. Die Aufregung dauerte ununterbrochen während 6 Wochen und spottete jeglicher Behandlung, damals erkrankte Patient an einem Panaritium, welches bei seiner fortgesetzten motorischen Unruhe eine tiefgehende Phlegmone der Hand im Gefolge hatte. Im Anschluss an die damit verbundene langwierige Eiterung legte sich die Aufregung, die Sprachstörung verlor sich und nur die Pupillendifferenz dauerte fort. Dabei war der Kranke bis auf einen leichten Grad von Schwachsinn psychisch vollkommen genesen.

2. Fall. 46jähriger Mann mit grosser maniakalischer Aufregung und allgemeiner Verworrenheit; dabei Sprachstörung und deutliche Pupillendifferenz. Bei der Aufnahme hatte er über den Handgelenken, den Ellenbogen, den Knöcheln und den Oberschenkeln tiefe circuläre Wunden, deutliche Spuren einer früheren Fesselung. Diese Wunden gingen in reichliche Eiterung über und je mehr diese zunahm, desto mehr beruhigte sich der Kranke, so dass nach 14 Tagen die Aufregung verschwunden war und nur eine geringe psychische Schwäche zurückblieb.

In diesem Verlauf sieht Verf. einen Wink für die Therapie welche in der Anwendung des Haarseils, von Vesicatorien und Cauterisationen oder ähnlichen derivirenden Mitteln bestehen soll.

Engelhorn (Maulbronn).

---

36) **Lunier**: Des vols aux étalages. Ueber Ladendiebstähle.

(Annal. méd. psychol. 1880 Septembre.)

Verf. betrachtet die Beziehungen zwischen Ladendiebstählen und psychischen Störungen. Er kommt dabei zu dem Schluss, dass diejenigen, welche solches Vergehen sich schuldig machen, vor andern Verbrechern durch nichts Specifisches sich auszeichnen und dass sich unter ihnen Geisteskranke der verschiedensten Formen finden. So beobachtete Verf. unter 14 Fällen, welche er zu begutachten hatte und welche er in ihren Einzelheiten schildert, 4 Schwach-

sinnige, 3 Epileptiker, 1 hysterische, 2 secundäre Seelenstörungen, 3 Fälle senilen Blödsinns und einen Fall von Morphinismus.

Ausserdem will er 2 Fälle eigentlicher Kleptomanie beobachtet haben. Der eine betraf eine Dame, welche reich und geistvoll eine hohe gesellschaftliche Stellung einnahm. Dieselbe konnte es nicht unterlassen, wenn sie in einen Laden kam, irgend einen Gegenstand mit sich zu nehmen. Ertappt und zur Rede gestellt, zahlte sie jedesmal bereitwillig, was sie genommen. Blieb das Entwendete unbemerkt, so schickte es ihr Mann jedesmal zurück. Verf. konnte ausser dieser Sucht keinerlei krankhaftes Moment an ihr entdecken, nahm aber trotzdem einen krankhaften unwiderstehlichen Trieb, sich fremden Eigenthums zu bemächtigen an und erklärte sie für nicht verantwortlich für ihre Handlungen. Auf das Bedenkliche einer solchen Annahme ist in Deutschland längst aufmerksam gemacht worden und vor den Consequenzen der Lehre von den Monomanieen für die Rechtsprechung von maassgebender Seite genügend gewarnt. Der 2. Fall ist weniger zweifellos, indem hysterische Anfälle bald nach den begangenen Diebstählen beobachtet wurden und füglich mit dem fraglichen psychischen Zustand in Zusammenhang gebracht werden können.

Engelhorn (Maulbronn).

---

37) **Schrevens & Lentz** (Froidmont): Gutachten über eine Brandstifterin.

(Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique).

Adolphine Glorieux, 14 J. alt, seit 14 Tagen im Dienst, theilte ihrer Herrin mit, sie habe in einer Scheune einen brennenden Bund Stroh gefunden, den sie selbst sofort gelöscht habe; auf Befragen konnte sie aber die betreffende Stelle nicht mehr zeigen. Einige Stunden nachher brachte sie aber ein angebranntes Bündchen zum Vorschein mit der von Thränen begleiteten Aeusserung, man werde gewiss behaupten, sie habe Feuer legen wollen und das sei ja ein grosses Verbrechen. Am folgenden Abend brannte die Scheune wirklich nieder; Adolphine kam gleich nach Entstehen des Lärms zum Vorschein und flüchtete sich mit ihren Sachen fort; am anderen Morgen kehrte sie Heim, weinend und mit Klagen über Unwohlsein. Man fasste natürlich Verdacht auf das Mädchen und dasselbe gestand auch bald im Verhör nach vorherigem Leugnen sein Vergehen ein, gegen das Versprechen es sollte ihr nichts geschehen. — Als Motiv gab sie an: sie habe zuviel Arbeit gehabt, sei krank gewesen, habe sich zwar über den Dienst keineswegs zu beklagen gehabt, sei aber gerne Heim gegangen, habe das aber ohne genügendes Motiv nicht gekonnt und desshalb habe sie angezündet.

Die Verf. betonen nun in erster Linie die Schwächlichkeit und von klein auf bestehende Kränklichkeit der Explorantin, dann die eben eingetretene Pupertät (8 Tage vor der Brandstiftung erste Menstruation); endlich die sehr mittelmässige geistige Begabung des Mädchens.

Gestützt auf diese 3 Hauptpunkte gelangen die Verfasser in sorgfältiger und ausserordentlich guter Besprechung des ganzen Falls zur Schlussfolgerung der Unzurechnungsfähigkeit und fassen ihre Ansicht in folgenden 3 Sätzen zusammen:

1. Es existirt bei Adolphine Glorieux kein sicheres Symptom einer eigentlichen Geistesstörung.

2. Dennoch darf auf Grundlage der körperlichen, physiologischen und pathologischen Symptome, die sie bei Begehung der That zeigte nicht auf denjenigen Grad von Willensfreiheit geschlossen werden, der nöthig ist zu einem wahrhaft freien und bewussten Handeln.

3. Also muss die Angeklagte als nicht zurechnungsfähig für die von ihr eingestandenen Thaten erklärt werden.

Sury-Bienz (Basel).

II. Neueste Literatur.

1. Bischof, Thdr. L. W. v., Das Hirngewicht d. Menschen. Eine Studie. gr. 8. Bonn, Neusser. M. 7. —.
2. Blaise, H., Contribution à l'étude des températures périphériques. 4., avec 9 planches. Paris, G. Masson. Fr. 6.
3. Fleischl, E. v., Untersuchung über die Gesetze der Nervenerregung. VI. Abhandlg. Mit 3 Tfln. u. 6 Holzschn. Lex.-8. Wien, Gerold's Sohn. M. 2.
4. Hasse, P., Die Ueberbürdung unserer Jugend auf den höheren Lehranstalten mit Arbeit im Zusammenhange mit der Entstehung von Geistesstörungen. Vortrag. gr. 8. Braunschweig, Vieweg. M. 2.
5. Henle, J., Anthropologische Vorträge. 2. Heft. Mit Holzst. gr. 8. Braunschweig, Vieweg. M. 2. 40.
6. Hering, E., Zur Erklärung der Farbenblindheit aus der Theorie der Gegenfarben. gr. 8. Prag, Tempsky. Pfg. 80.
7. Klein, de l'Hystérie chez l'homme. 8. Paris, Doin Fr. $2^1/_2$.
8. Knoll, Phpp., Ueber Myocarditis u. die übrigen Folgen der Vagussection bei Tauben. Mit 2 Tfln. gr. 8. Prag. Tempsky. M. 1. 60
9. — Ueber den Einfluss modificirter Athembewegungen auf den Puls d. Menschen. Mit Holzst. u. 2 lith. Beilagen. gr. 8 Ebd. M. 1. —.
10. Lewis, W. B., Researches on the Camparative Structure of the Cortex Cerebri. 4. London, Trübner. sh. 5. –.
11. Munk, H., Ueber die Functionen der Grosshirnrinde. M. 1 Taf. u. Holzschn. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 3. —.
12. Paulier, A. B. u. F. Hétét, Traité élémentaire de médecine legale. 2 vol. Av. fig et 24 pl. col. 18. Paris, Doin Fr. 18.

13. Petit, L., Sur la mètallo-thêrapie. 8 Paris, Doin. Fr. 2.
14. Rueff, A., Étude sur les troubles nerveux d'origine gastrique. 8. Paris, Doin. Fr. 2.
15. Techmer, F., Phonetik. Zur vergleich. Physiologie der Stimme u. Sprache. 2 Thle. Lex.-8. Leipzig, Engelmann. M. 18. —.
16. Vulpian, A., Maladies du système nerveux, 2. série. livr. 1. Paris, Doin. Fr. 1.
17. Ducatte, E., La microcéphalie. M. 1. 50.
19. Poirier, A., Contrib. à l'étude de la maladie d'addison. Av. 2 pl. M. 2.
20. Ballouhey, J. B., De l'électricité appl. au traitem. de l'occlusion intestinale. M. 1.
21. Bignon, J., Des accidents psychiques dans les maladies chroniques du coeur. M. 1.
22. Bloch, E. A., De la physiologie normale et pathol. des sueurs. M. 1.
23. Bouyer, O., De l'exophthalmie. M. 1.
24. Christin, O., De la paralysie et de l'atrophie des muscles de la cuisse dans quelquels affections du genou. M. 1.
25. Danguy, L. A., Etude de la méningite aigue franche de l'enfance. M. 1.
26. Deléclus e, P., Des troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice. M. 1.
27. Desnot, Des plais de l'encéphale. M. 1.
28. Fitz-Gerald, Sur la pupille. M. 1.
29. Galangau, A. H. F., Consid. s. quelques cas de dipsomanie avec alcoolisme consécutif. M. 1.
30. Gendron, E., Alcoolisme héréditaire. M. 1.
31. Landouar, Y., Du traitement du tétanos par le bromure de potassium. M. 1.
32. Leroy, A., De l'état de mal épileptique. M. 1.
33. Martinenq, L., De l'évolution de l'hallucination de l'ouïe dans le délire des persécutions. M. 1.
34. Pierre, G., S. l. prodromes de l'accès épileptique. M. 1.
35. Regis, E., La folie à deux. M. 1.
36. Sarrade, H., Sur certaines formes rares de paralysies du plexus brachial. M. 1.

(Nro. 17—36 Pariser Thesen.)

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 Mark. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 Mark freie Station. 3) Halle a. Saale, Volontärarzt, 1050 M. fr. Station. 4) Owinsk (Posen) Assistenzarzt, 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, un-

verheirathet Bedingung. 5) Hildburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei fr. Stat. 6) Provinc.-Irrenanstalt Hildesheim, Hilfsarztstelle, 900 M., fr Stat. 7) Leubus, a. Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat; b. dritter Arzt, sofort, 1200 M., freie Station. 8) Marsberg, a. Volontairarzt sofort, 600 M., freie Station; b. Assistenzarzt, 1. März 1881, 1200 M., freie Station, für Beide Bedingung: kath. Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 9) Ückermünde in Pommern, Assistenzarzt, unverheirathet, sofort. 1000 M. und freie Station. 10) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 M., fr. Stat. 11) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1. Febr. 1881 1200 M., fr. Stat. 12) Wehnen (Oldenburg) Assistenzarzt. 13) Klingenmünster (bayr. Pfalz), Hülfsarzt, 1000 M., fr. Stat, I. Classe. 14) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) Volontairarzt, sofort 450 + 600 M. freie Sation. 15) Göppingen (Dr. Landerer), Assistenzt arzt, 1500 Mark, freie Stat. 16) Grafenberg (Düsseldorf), a. II. Arzt und stellvertr. Director; b. Volontairarzt, sofort; 600 M., freie Station. 17) Pankow bei Berlin (Mendel'sche Anstalt) III. Arzt. 18) Schussenried (Württemberg), Assistenzarzt, 1600 M., völlig fr. Station. 19) Schwetz (Westpreuss. prov. Anstalt) Volontairarzt; Arzt oder cand. med., 600 M., freie Station. 20) Alt-Scherbitz (Halle-Leipzig) Volontairarzt; sofort, 1200 Mark, vollständig freie Station. 21) Nassau (Kaltwasserheilanstalt), Assistenzarzt; 1. April 1881; 1500 M., u. fr. Station, Bedingung: psychiatr. Vorbildung und Interesse für Hydrotherapie. 22) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Creutzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Hoya (Hannover), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Minden (Minden), Ortelsburg (Königsberg i. P.), Osterode (Königsberg), Ottweiler (Trier), Sensburg (Gumbinnen), Schönau (Liegnitz), Stuhm (Marienwerder), Warburg i. W. (Minden), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

IV. Anzeige.

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von

Dr. med. A. ERLENMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. 1. Februar 1881. Nro. 3.

INHALT.

I. Originalien.

Ein Fall von Herderkrankung des Schläfenlappens.

Von Dr. SCHAEFER,
Arzt der Heilanstalt in Pankow.

Herr E. M., 45 Jahre alt, Vater von 4 Kindern, wurde am 30. Mai 1879 in die hiesige Anstalt aufgenommen. Die dürftige Anamnese ergab, dass bei dem, jahrelange rheumatische Beschwerden ausgenommen, früher stets gesunden Patienten im Jahre 1877 sich eine gewisse Schwäche des Urtheils und leichte Sprachstörung geltend gemacht hatte. Im Dezember 1877 war er bewusstlos auf der Strasse umgefallen, hatte sich aber in wenigen Minuten von dieser „Ohnmacht" vollkommen erholt. Aehnliche Anfälle von Bewusstlosigkeit wiederholten sich im März und Juni 1878; bei dem zweiten Anfalle soll er durch einen vorüberfahrenden Wagen am Kopfe verletzt worden sein und seitdem hätte sich eine gewisse Nervosität,

leichte Reizbarkeit, Vergesslichkeit und leichtes Stottern eingestellt. Am 30. April 1879 wäre er plötzlich in der Nacht sehr aufgeregt geworden, hätte verwirrt gesprochen, um sich geschlagen und deswegen nach der Charité gebracht werden müssen, von wo er am obigen Datum hierher überführt wurde. — Keine Heredität, keine Lues.

Bei seiner Aufnahme zeigte Patient neben einem erheblichen Grade psychischer Schwäche Parese und Zuckungen der linken Gesichtshälfte, leichtes Hängen des Körpers nach der linken Seite, Tremor der linken Hand, leichte Sprachstörung. Innere Organe ohne nennenswerthe Abnormität.

Am 7. Juni Abends bekam Pat., nachdem er sich bereits am Nachmittage wesentlich verwirrter gezeigt hatte, einen apoplectiformen Insult mit unvollkommener Lähmung der linken Körperhälfte, zu welcher sich am nächsten Tage clonische Zuckungen der paretischen Körperhälfte und mehrfaches Erbrechen hinzugesellten. Am 9. Juni konnte eine vollständige, motorische Lähmung mit scheinbarer Herabsetzung der Sensibilität der linken Seite und eine deutliche conjugirte Deviation des Kopfes und der Bulbi nach rechts constatirt werden, während Brust- und Unterleibsorgane keine Veränderung darboten. Hinzutretende lebhafte Delirien ausgenommen, erhielt sich derselbe Zustand bis zum 16. Juni, an welchem die conjugirte Stellung des Kopfes und der Bulbi schwand und Pat. seine linksseitigen Extremitäten wieder zu bewegen begann. Die Temperatur war während der ganzen Zeit nicht erhöht, der Puls nicht beschleunigt.

Am 18. Juni, nachdem Pat. wiederum den leidlichen Gebrauch seiner Extremitäten erlangt hatte und das Bewusstsein zurückgekehrt war, machte sich folgende auffallende Erscheinung bemerkbar: Pat., welcher mit seiner rechten Seite der Wand zugekehrt im Bette lag, richtete, sobald man ihn von der linken Seite her ansprach, regelmässig sein Gesicht nach der Wand hin, als ob er den Sprechenden an der rechten Seite stehend vermuthete. Als ich ihn darauf aufforderte, mich anzusehen, drehte er sich noch weiter nach rechts hinüber und schliesslich um seine Längsachse von links nach rechts im Bette herum, um, über den endlichen Erfolg erfreut, mich anzusehen.

Als nun Pat. am 20. Juni zum ersten Male das Bett verlassen konnte, wurde constatirt[1], dass Pat. bei jeder, von der linken Seite kommenden Ansprache sich nach rechts umsah, als ob dieselbe von der rechten Seite käme und bei der Aufforderung, den an seiner linken Seite stehenden Sprechenden anzusehen, sich regelmässig im $^{3}/_{4}$ Kreise um seine Längsachse von links nach rechts drehte, anstatt die $^{1}/_{4}$ Wendung von rechts nach links zu machen. Sprach man ihn dagegen von der rechten Seite an oder rief ihm, an seiner rechten Seite stehend, zu: „Sehen Sie mich an“, so reagirte er darauf, indem er sich in normaler Weise nach rechts drehte. Ebenso führte er das Commando „rechts um“, „links um“ prompt aus.

Diese Erscheinung der Drehung nach rechts, bei von der linken Seite her erfolgender Ansprache wurde nun zu wiederholten

Malen constatirt, sie erfolgte stets mit derselben, ihre Zufälligkeit vollkommen ausschliessenden Promptheit bis zum 24. Juni. Von da an machte sie einer gewissen Unsicherheit Platz, in welcher Pat. bevor er die an ihn ergangene Aufforderung ausführte, eine Zeit lang überlegend dastand und verschwand schliesslich vollständig.

Der Pat., dessen Intelligenz nach diesem Anfalle eine wesentliche Einbuse erlitten hatte, begann sich nun sichtlich zu erholen, als am 2. Juli ein epileptiformer Anfall mit clonischen Zuckungen der gesammten Musculatur, vollkommener Bewusstlosigkeit, Reactionslosigkeit der Pupillen eintrat, welcher etwa 10 Minuten andauerte und eine leichte Parese der rechten Körperhälfte hinterliess. In den nächstfolgenden Tagen anhaltende Bewusstlosigkeit mit heftigen Delirien, constante Verunreinigung. Am 8. Juli ein neuer epileptiformer Anfall, nach welchem eine deutliche motorische und sensible Parese der rechten Seite und eine conjugirte Drehung des Kopfes und der Bulbi nach links zurückblieb. Nachdem am 11. Juli vorübergehend eine so bedeutende Hyperalgesie des rechten Beines aufgetreten war, dass Pat. bei der leisesten Berührung desselben laut aufschrie, bildete sich unter täglich mehrfacher Wiederholung der epileptiformen Insulte bis zum 17. Juli eine vollkommene motorische und sensible Lähmung der rechten Körperhälfte aus. — Puls und Aftertemperatur hatten während dieser ganzen Zeit bis auf eine, 2 Stunden nach dem am 2. Juli eingetretenen Anfalle erfolgte Erhöhung auf 108, resp. 38,3 keine Abweichungen von der Norm gezeigt.

Am 17. Juli war die letzte epileptiforme Attaque beobachtet worden. Von nun an begann das Verhalten des Kranken sich allmälig zu bessern. Bereits am 19. Juli wurden unbedeutende Bewegungen der rechtsseitigen Extremitäten und die ersten Spuren einer Reaction auf Nadelstiche bemerkt, das Sensorium wurde freier, die conjugirte Kopf- und Augenstellung verschwand. In der Folge machte sich eine verhältnissmässig rasch zunehmende Besserung geltend, so dass Pat. bereits nach wenigen Tagen ausgiebigen Gebrauch seiner Extremitäten machte, an ihn gerichtete Frage über subjectives Befinden etc. ziemlich sachgemäss beantwortete, seinen Namen schreiben konnte, vorgehaltenen Druck richtig las, vorgesprochene Worte richtig wiederholte. Am 24. Juli nun konnte dasselbe Phaenomen, wie nach dem ersten Insulte, constatirt werden, nur mit dem Unterschiede, dass es sich nunmehr auf der rechten Seite documentirte; auf die in sein rechtes Ohr gesprochene Aufforderung: Sehen Sie mich an, reagirte Pat. consequent mit einer Drehung des Kopfes nach links resp. mit einer $^3/_4$ Kreis-Wendung von rechts nach links, während nunmehr dieselbe Aufforderung, in das linke Ohr gesprochen, mit der zweckmässigen Wendung befolgt wurde. Auch dieses Mal führte übrigens Pat. das Commando „rechts um“ „links um“ sicher und richtig aus. Das Phaenomen erhielt sich, wie das erste Mal, ungefähr 8 Tage lang, um alsdann in derselben Weise zu verschwinden. —

Das nun folgende, bis zum 18. Aug. dauernde krampffreie Intervall zeichnete sich gegenüber den früheren durch eine weiter vor-

geschrittene Störung der Intelligenz nicht minder, als durch erheblichen Verfall der Körperkräfte aus. Am 17. Aug. begann von Neuem ein Cyclus epileptiformer Anfälle, in denen eine lebhaftere Betheiligung der linken Körperhälfte an den clonischen Krämpfen sich bemerkbar machte und die mit einer vollkommenen motorischen und sensiblen Lähmung der linksseitigen Extremitäten, einer Parese der linken Gesichtshälfte und einer Zwangsstellung des Kopfes und der Augen nach rechts endeten. Dabei bestand andauernde Bewusstlosigkeit mit lebhaften Delirien, geringe Reaction der Pupillen; Puls innerhalb der normalen Frequenz, mässig kräftig, die Temperatur im Rectum nur einmal am 18. Aug. Abends 38,3 sonst stets unter 38, 0.

Der letzte Anfall wurde am 22. August beobachtet. — Pat. kam von nun ab nicht mehr aus einem, an Delirien reichen, apathischen Zustande heraus, in welchem er auf Anfragen gar nicht reagirte, andauernd im Bette lag, gefüttert werden musste, sich verunreinigte. — Aus dem weiteren Verlaufe der Krankheit ist hervorzuheben, dass sich allmälig Contracturen der linksseitigen Extremitäten, namentlich der unteren, ausbildeten, und gleichzeitig eine sehr bedeutende Hyperästhesie des ganzen Körpers, vorzüglich aber der linken Körperhälfte auftrat, welche den Pat. bei jeder Berührung zum lauten Aufschreien veranlasste, und dass Pat. constant auf der rechten Seite lag, in welche Lage er regelmässig zurückfiel, sobald eine Lageveränderung mit ihm vorgenommen wurde. Pat. starb in Folge hochgradiger Inanition, ohne dass eine andere körperliche Krankheit hinzugetreten wäre, am 24. November, nachdem sein Körpergewicht von 63 Kilo im Anfange, auf 42 Kilo herabgegangen war. —

Die am 26. Nov. vorgenommene Section ergab an wesentlichen Befunden: Schädel symmetrisch; Schädeldach von mittlerer Schwere; Diploë grösstentheils geschwunden. Nähte innen verstrichen, aussen erhalten.

Aussenfläche der Dura glatt; Innenfläche nur in der Mittellinie leicht mit den weichen Häuten verwachsen, im Uebrigen glatt, ohne Auflagerungen.

Gewicht des ganzen Gehirns 1180 Gr.

Pia in der ganzen Ausdehnung mit Ausnahme des hintersten Theils des Hinterhauptlappens ziemlich stark weisslich getrübt, namentlich längs der Gefässe, leicht verdickt, mässig blutreich; stellenweise ziemlich fest mit der Rinde verwachsen, so dass Stücke der Rinde beim Abziehen an der Pia haften bleiben; u. z. rechts stärker verwachsen als links. Im Grunde der Längsspalte sind die beiderseitigen Piae mit einander fest verwachsen.

An der Basis fällt eine erhebliche Verschmälerung des rechten Schläfenlappens gegenüber dem linken auf; die Verschmälerung tritt namentlich am Gyrus hippocampi zu Tage, welcher rechts erheblich dünner und flacher als links ist. Pia über dem linken Temporallappen stärker geröthet, fein injicirt. —

Beim Einschneiden in die Substanz des rechten Schläfenlappens findet sich in der dritten Schläfenwindung, etwa 5 Cm. von

der vorderen Spitze des Schläfenlappens entfernt, ein linsengrosser Herd mit schwielig härtlicher Wand und kalkig bröcklichem Inhalte, über welchen eine dünne Lage der Rinde hinwegzieht. —

Die Windungen der Oberfläche der rechten Hemisphäre schmäler, als die der linken, die Furchen breiter. Die weisse Substanz beider Hemisphaeren mit mässig zahlreichen Blutpunkten versehen, von mässiger Consistenz.

Im linken Ventrikel ziemlich reichliche seröse Flüssigkeit, die Höhle mässig erweitert, namentlich im Hinterhorn. — Rechter Ventrikel etwas stärker erweitert, mit leicht getrübter Flüssigkeit gefüllt. Ependym leicht granulirt. —

Ependym des vierten Ventrikels stark granulirt; striae acusticae mangelhaft entwickelt. — Gefässe der Basis zart. —

Aus dem übrigen Befunde ist hervorzuheben: Mitralklappen an den freien Rändern leicht verdickt; Aortaklappen zart. — Innenfläche der Aorta an zahlreichen Stellen leicht grau getrübt. Etwa 2 Cm. über den Klappen auf ca. 2 Cm. breiter Fläche mehrere graugelblich verfärbte, z. Th. ulcerirte Stellen, mit gelbbräunlicher, bröcklicher Masse bedeckt. — Sonst war der Befund durchaus negativ. —

Die Leichendiagnose lautet demnach: Leptomeningitis chronica, Atrophie der Rinde, Herd im rechten Schläfenlappen, umschriebene Hyperämie der Pia des linken Schläfenlappens, Hydrocephalus internus; Atherom der Aorta.

Die mikroscopische Untersuchung (Dr. Mendel) ergab: Im linken Stirnhirn stark verdichtete Neurogliaschicht mit erheblicher Vermehrung der Intercellularsubstanz; hochgradige Vermehrung der Kerne, besonders in den unteren Schichten der grauen Rinde; die Ganglienzellen erscheinen z. Th. normal, z. Th. kleiner, geschrumpft, mit undeutlichen Kernen, Spinnenzellen sind meist nur in sehr geringer Zahl vorhanden; Gefässe zahlreich, mässig verbreitert, z. Th. gefüllt; an einzelnen Stellen findet sich neben gut erhaltenen Ganglienzellen, gefüllten Gefässen mit nicht veränderten Wänden sehr starke Entwickelung der Spinnenzellen. — Im rechten Stirnhirn wesentlich dieselben Verhältnisse; an manchen Stellen finden sich die Adventitialräume erheblich ausgedehnt und angefüllt mit Haematosin- und ungefärbten Körnern. — Im linken Schläfenlappen stark verdichtete Neurogliaschicht; die Ganglienzellen erscheinen z. Th. normal, z. Th. sind in denselben die Kerne undeutlich, in einer grossen Reihe anderer füllen die Kerne die Zellen fast vollständig aus. Spinnenzellen sind in grosser Zahl, sowohl in der grauen, als in der weissen Substanz verbreitet; die Gefässe erheblich erweitert und strotzend gefüllt, an einzelnen Stellen in Verbindung mit Spinnenzellen; Entwickelung neuer Gefässe; die Gefässwände zeigen mit Ausnahme einzelner Ausbuchtungen der mittleren Wand bei den Arterien, nichts Abnormes, spez. ist eine Kernvermehrung in den Wänden nicht nachweisbar. Rechter Schläfenlappen: Die Wand des Herdes besteht aus bindegewebigen Strängen mit zahlreichen, punktförmigen Einlagerungen von Kalkconcrementen; in der Umgebung des Herdes er-

hebliche Kernvermehrung; Ganglienzellen klein, die Kerne derselben klein, kaum erkennbar; die Gefässe erweitert, stark angefüllt; in den Wänden zahlreiche Kernvermehrung.

Epicrise: Die interessanteste Erscheinung, welche während des Krankheitsverlaufes hervortrat, war die beschriebene, eigenthümliche unzweckmässige Drehung des Kranken bei Ansprache in das Ohr derjenigen Seite, welche von der Parese resp. Paralyse betroffen war. Für die Erklärung ergaben sich zwei Möglichkeiten: entweder vermochte der Kranke den Gehörseindruck richtig nach aussen zu localisiren, wusste, woher der Schall in sein Ohr kam, es war ihm jedoch die Bewegungsvorstellung für die Drehung nach der erkrankten Seite abhanden gekommen; wir hätten es dann mit einem Ausfallssymptom für eine bestimmte motorische Gruppe zu thun; oder 2. der Kranke vermochte zwar die Bewegung auszuführen, konnte jedoch den Gehörseindruck nicht richtig localisiren.

Die mit dem Kranken angestellten Exercitien ergaben, dass er auf Commando sämmtliche Bewegungen auszuführen im Stande war, dass also von einem motorischen Ausfallssymptom nicht die Rede sein konnte. Bezüglich der zweiten Alternative bedarf es einiger Vorbemerkungen.

Nach Analogie der übrigen Sinnesnerven ist es in hohem Grade wahrscheinlich, dass die in einem Ohre aufgenommenen Eindrücke ihre psychische Verwerthung in der Rinde der entgegengesetzten Hemisphäre finden. In diesem Sinne sprechen sich auch Exner[1]) und Wernicke[2]) aus. Dies vorausgesetzt, erscheint die Annahme berechtigt, dass wir die Quelle einer Gehörsempfindung nach derjenigen Seite hin verlegen, welche der empfindenden Hemisphäre entgegengesetzt ist, dass wir also die Quelle der Gehörseindrücke, welche unsere rechte Hemisphäre empfängt nach links hin verlegen und umgekehrt. Nun hören wir zwar mit beiden Ohren gleichzeitig, jedoch nicht gleich stark, da der Unterschied der Entfernungen der beiden Ohren von der Schallquelle eine Differenz in der Intensität des Schalles herbeiführen muss. Diese Differenz ermöglicht ein Urtheil über die Lage der Schallquelle, indem wir erfahrungsgemäss die letztere nach derjenigen Seite hin verlegen, aus welcher wir den stärkeren Gehörseindruck empfangen haben.[3])

Zur richtigen Localisirung der Gehörseindrücke gehört demnach die Integrität der beiden Stellen der Hemisphären, in welchen die Gehörseindrücke psychisch verwerthet werden. — Welche Stellen der Hemisphären sind dies?

---

[1]) Hermann, Handbuch der Physiologie. II, 2, pag. 206.

[2]) Der aphasische Symptomencomplex, pag. 37.

[3]) Bei entfernter Schallquelle ist die Abschwächung der Schallintensität auf dem Wege von einem Ohre zum anderen zu gering, um merklich sein zu können; wir sind daher z. B. beim Rollen eines entfernten Wagens häufig nicht im Stande, die Richtung, aus welcher er kommt, zu bestimmen. Bei nahen Geräuschen genügt jedoch die Entfernung der beiden Ohren von einander, um eine merkliche Differenz in der Intensität zwischen dem das rechte Ohr und dem das linke treffenden Schalle herbeizuführen und wir sind daher bei nahen Geräuschen niemals über die Richtung, aus welcher wir den Eindruck empfangen haben, in Zweifel. —

Eine Reihe experimenteller Ergebnisse weist eine intime Beziehung zwischen dem Acusticus und den Schläfenlappen nach. Besonders bemerkenswerth sind in dieser Beziehung die Munk'schen Versuche. Munk[1]) fand, dass Exstirpation bestimmter Theile des Schläfenlappens bei Hunden „Seelentaubheit", d. h. die Unmöglichkeit, empfangene Gehörseindrücke zu verstehen, nach sich zog, sowie anderseits, dass die Zerstörung eines oder beider Ohren bei jungen Hunden die Folge hatte, dass der als „Hörsphäre" erkannte Schläfenlappen des Grosshirns, 8—14 Wochen nach erfolgter Operation in der Ausbildung gegen die Norm zurückstand. —

Die klinischen Erfahrungen weisen eine grosse Uebereinstimmung mit dem Thierexperimente auf. Unter den Symptomengruppen der Aphasie ist es eine, welche durch den Ausfall der Klangbilder der Worte characterisirt ist, in welcher der Kranke zwar das Gesprochene hört, es aber nicht psychisch verwerthen, nicht verstehen kann, weil ihm die acustischen Erinnerungsbilder verloren gegangen sind und aus demselben Grunde nicht sprechen kann trotz der vollen Funktionsfähigkeit des motorischen Sprechapparates. Der Sitz dieser, von Wernicke (l. c.) mit dem Namen der „sensorischen Aphasie" von Kussmaul[2]) mit dem der „Worttaubheit" belegten Erkrankung liegt in dem Schläfenlappen. — Jedoch nur das linke „Klangcentrum" ist mit dem motorischen Sprachcentrum so wirksam verknüpft, dass seine Erkrankung den characteristischen Symptomencomplex der Aphasie zur Folge hat. Eine selbstständige Erkrankung des rechten Klangcentrums ist klinisch noch nicht beobachtet.[3])

Es liegt nach dem Gesagten nahe, den in unserem Falle im rechten Schläfenlappen gefundenen Herd als eine Erkrankung des rechten Klangcentrums aufzufassen und das in der Krankengeschichte beschriebene Symptom auf die Erkrankung dieses Klangcentrums zurückzuführen. Ich meine in folgender Weise: Die rechtsseitige Herderkrankung traf diejenige Gegend, in welcher die vom linken Ohre kommenden Eindrücke ihre psychische Verwerthung finden resp. vermittels deren die Localisation empfangener Gehörseindrücke nach links — ein Theil der psychischen Verwerthung — statt findet. Was in das linke Ohr des Kranken gesprochen wurde, war für ihn verloren, er konnte es weder verstehen, noch vermochte er die in das linke Ohr dringenden Laute richtig nach aussen zu projiren. Nun hört er aber mit dem vollkommen intacten rechten Ohre resp. mit der intacten linken Hemisphäre. Letztere vermochte die Localisirung nur in der ihr gewohnten Richtung, also nach rechts hin, vorzunehmen und daher musste der Kranke bei jeder Ansprache in sein linkes Ohr sich nach seiner rechten Seite hinwenden. —

---

1) Zur Physiologie der Grosshirnrinde, Berl. Klin. Woch. 1877, Nro. 35.

2) Die Störungen der Sprache.

3) Der von Kussmaul (l. c. p. 168) mitgetheilte Fall von Erkrankung des rechten Schläfenlappens unter dem Bilde der Aphasie betraf einen Linkshänder, bei denen vermuthlich das motorische Sprachcentrum in der rechten Hemisphäre liegt.

Die angegebene Störung glich sich nach einiger Zeit vollkommen aus. Die Umgebung der erkrankten Partie lernte deren Function mit übernehmen.[1])

In der zweiten Attaque zeigte sich dasselbe Symptom auf der anderen Seite; jede Ansprache in das rechte Ohr wurde mit einer Wendung nach links hin beantwortet. Auch hier liess die Section nicht ganz im Stiche: eine auffallende Hyperämie an der unteren Fläche des linken Schläfenlappens liess auch hier den Beginn grösserer Störungen vermuthen, eine Vermuthung, welche durch die mikroscopische Untersuchung auffallende Gefässfüllung und Gefässvermehrung, zahlreiches Vorhandensein von Spinnenzellen, Veränderung des Inhaltes einer grossen Zahl von Ganglienzellen — gerechtfertigt wurde.

Die gegebene Erklärung ist ein, wie ich zugebe, nicht einwandsfreier Versuch, den anatomischen Befund zum Verständniss eines auffallenden Symptomes heranzuziehen. — Diese Zeilen haben ihren Zweck erreicht, wenn sie zu weiteren Beobachtungen nach dieser Richtung veranlassen. Thatsächlich kann ich die Bemerkung nicht unterdrücken, dass auf Grund des beschriebenen Symptomes von Herrn Dr. Mendel die Diagnose auf einen Herd im Schläfenlappen gestellt war.

Schliesslich spreche ich Herrn Dr. Mendel, welcher diesen Fall auch in seinem Werke über Paralyse[2]) citirt, für die Ueberlassung des Falles und die mir zu Theil gewordenene Unterstützung meinen Dank aus. —

II. Referate.

38) **S. Dománski** (Krakau): Ueber Syphilis des Nervensystems. Auf Grundlage neuerer Arbeiten und eigener Beobachtungen. (Schluss aus Nro. 2.)

(Przeglad lekarski. 1880. Nr. 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43.)

Bald handelt es sich um langsame Abnahme der Geisteskräfte und Verblödung, bald um ein mehr oder minder akutes Auftreten unter Reizerscheinungen. Die einfache Abnahme der Geisteskräfte zeigt sich ohne Delir in Schwächung der Apperception, langsamerem Denken, Abnahme der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses, Mangel der gehörigen Folge in Denken, Wort und That, Unfähigheit zu geistiger Anstrengung. Die Kranken bemerken bald Nichts von dieser Veränderung, bald entgeht sie ihnen nicht ganz. Nebenher geht eine Veränderung des moralischen Charakters, bestehend in Gleichgültigkeit gegen frühere Interessen, Vernachlässigung des Anzugs und der Formen, Ausbrüchen von Gewaltthätigkeit, manchmal bedeutender Steigerung des Geschlechtstriebes. Der Grad dieser

---

[1]) Auch in den Munk'schen Versuchen eignen sich die Hunde nach kurzer Zeit die ihnen durch die Exstirpation abhanden gekommenen Erinnerungsbilder wieder an. —

[2]) Die progressive Paralyse der Irren, 1880. pag. 154.

Störungen ist sehr verschieden. Das Gedächtniss nimmt bald langsam, bald sprungweise ab, bald verliert es sich plötzlich, namentlich in Bezug auf frischere Dinge und Ereignisse. Die Schädigung des logischen Bandes zeigt sich in dem Mangel der natürlichen Kette, welche alle Gedanken und Handlungen des gesunden Menschen verbindet. Die Kranken sind zerstreut, springen von einem Gegenstand auf den anderen und begehen eine ganze Menge Ungehörigkeiten. Die akuten Störungen sind Delirium, Wahnsinn, Manie. Auf ihren syphilitischen Ursprung schliessen wir 1. aus dem Vorangehen anderer Hirnerscheinungen, 2. aus vorangegangener und noch vorhandener Syphilis. Die Diagnose, ob es sich in einem gegebenen Falle um syphilitische Geistesstörung, oder um Geistesstörung eines Syphilitischen handelt, ist oft sehr schwierig. D. empfiehlt aus praktischen Gründen hier stets eine energische spezifische Therapie. Am schwierigsten sind die Fälle, in denen die Lues nur Geistesstörung bedingt. Die psychischen Störungen schwinden entweder ganz, oder zum grossen Theil, oder führen bei langsamem Verlauf zu Blödsinn, bei raschem zu plötzlichem apoplektischem Tode. Die Frage, ob Lues paralytischen Blödsinn herbeiführen kann, muss vom theroetischen Standpunkte aus bejaht werden. Nach Fournier ist das Verhältniss der Lues zum paralytischen Blödsinn ein dreifaches: entweder erkranken Luetische paralytisch oder die Lues ist die prädisponirende Ursache zur Paralyse, oder die Paralyse ist die Folge der Lues. Nach Fournier fehlt bei luetischer Paralyse der Grössenwahn, oder tritt nur vorübergehend und gering auf.Ebenso fehlt meist das Zittern der Oberlippe, der Zunge und der Hände. Hiermit stimmen D. und Erlenmeyer's*) Beobachtungen vollständig überein, welcher in seiner schätzbaren Arbeit über die Schrift es als charakteristisch für syphilitische Paralyse anführt, dass die Handschrift der Kranken nicht zitternd ist. Ferner handelt es sich bei der gewöhnlichen Paralyse mehr um Coordinationsstörungen, bei der Syphilis um wirkliche Lähmungen. Ferner sind die syphilitischen Lähmungen meist partielle (oculomotorius, abducens). Sehr häufig ist Hemiplegie mit epileptischen, apoplektischen Anfällen etc. Die syphilitische Paralyse beginnt mit Kopfschmerz, Schlaflosigkeit u. s. w die gewöhnliche mit Störungen in Psyche, Sprache u. Schrift. Die gewöhnliche Paralyse verläuft in 2—3 Jahren in bestimmten Phasen, der Verlauf der syphilitischen ist unregelmässig, in jedem Falle andersartig. In der gewöhnlichen Paralyse ist der Ernährungszustand gewöhnlich ein guter, in der syphilitischen meist ein schlechter. Die gewöhnliche Paralyse ist unheilbar, in der syphilitischen kommen, wenn auch seltene, Heilungen und Stillstände vor. Vielleicht beruht dies darauf, dass der anatomische Sitz der gewöhnlichen Paralyse vornehmlich die Grosshirnrinde, der der Syphilitischen primär die Hirnhäute sind. Die Lähmungen sind entweder primäres oder sekundäres Symptom der Hirnsyphilis. Am häufigsten betreffen sie die Bewegungsnerven des Auges, seltener den acusticus, opticus, facialis und hypoglossus, noch seltener den olfactorius

*) Ist ein Irrthum; ich habe das nirgends behauptet. Erlenmeyer.

und trigeminus, fast nie den glossopharyngeus, vagus und accessorius Willisic. Von den Bewegungsnerven des Auges wird am häufigsten der oculomotorius, etwas seltener der abducens, verhältnissmässig selten der trochlearis betroffen. Die Ursache davon liegt an bekannten, anatomischen Verhältnissen. Die Symptome der Oculomotoriuslähmung sind die gewöhnlichen: Ptosis, Beeinträchtigung oder Aufhebung der Bewegung des Augapfels nach oben, nach unten und nach innen, Mydriasis, Strabismus divergens, Diplopie, für den Abducens Aufhebung oder Beeinträchtigung der Bewegung des Augapfels nach aussen, strabismus convergens und Diplopie; für den trochlearis Diplopie in der Richtung nach oben, für Gegenstände im unteren Theile des Gesichtsfeldes und behufs ihrer Kompensation Neigung des Kopfes nach unten in der Richtung des gelähmten Muskels. Die syphilitischen Lähmungen der Augenmuskeln entstehen meist plötzlich innerhalb weniger Stunden, seltener in einigen Tagen, am seltensten in einem langen Zeitraum. Sie schwinden nur durch entsprechende Therapie. Dem Grade nach variiren sie zwischen vollständigen, unvollständigen und sehr leichten, in denen erst die Untersuchung mit farbigen Gläsern die Störung und den von ihr befallenen Nerven festzustellen im Stande ist. Was die Ausbreitung anlangt, so sind bald sämmtliche Augenmuskeln gelähmt, bald die von einem Nerven abhängigen, bald sogar nur gewisse Zweige eines Nerven. Hieraus ergeben sich die verschiedenartigst kombinirten Symptombilder. Es können gleichzeitig. verschiedene Nerven desselben Auges oder Nerven beider Augen gelähmt sein und zwar entweder gleichnamige oder ungleichnamige. Die Lähmung kann auch mehr als zwei Nerven betreffen, ebenso wie andere Hirnnerven. Die meisten Augenmuskellähmungen sind syphilitischen Ursprungs. Viel seltener wird der acusticus betroffen, in welchem Falle Kopfschmerz, Schwindel die Beeinträchtigung des Gehörs begleiten. Viel wichtiger sind die Affectionen des opticus, welche das Sehen mehr oder minder beeinträchtigen, oder völlig aufheben. Das Leiden tritt entweder allein auf, oder begleitet die schon oft erwähnten Hirnerscheinungen. Die Ursache sitzt entweder im Hirn selbst oder betrifft den Nerven in seinem Verlaufe an der Schädelbasis. Der Augenspiegel ergibt Entzündung und Schwund des Sehnerven. Die Augenspiegeluntersuchung ergiebt oft schon entsprechende Befunde, wo die Sehfunction noch nicht gelitten hat. Der facialis wird viel seltener afficirt, seine Lähmung ist entweder peripherisch oder central, meist unvollständig, partiell, vorübergehend oder dauernd. Während Fournier syphilitische Affecte des Trigeminus für selten erklärt, fand sie D. ziemlich häufig. Sie betreffen meist die sensiblen Fasern, selten als Neuralgie, häufiger als Anästhesie. Manchmal wird der Hypoglossus allein gelähmt. Erbrechen muss man auf Vagus-Affection beziehen. Am wichtigsten sind die syphilitischen Hemiplegien. Sie treten nach Fournier am häufigsten zwischen dem 3. und 18. Jahre nach der Infection auf und hier wieder am häufigsten zwischen 6. u. 10. Sie betreffen die motorischen Centren und sind entweder primäre oder sekundäre Folgen der Hirnsyphilis. Ihr Verlauf ist ein zwei-

facher, indem sie entweder erstes oder späteres Symptom sind. Am häufigsten geht der bereits geschilderte Kopfschmerz voran. Sie treten entweder plötzlich oder langsam auf und zwar entweder allmählich, oder in allen befallenen Theilen gleichzeitig. Dem Grade nach sind sie meist unvollständig.

Nach D's Beobachtungen wird am häufigsten und stärksten die obere Extremität, seltener das Gesicht, am wenigsten das Bein befallen. Selten sind Störungen der Empfindung, gewöhnlich leichter Art; sehr selten Empfindungsumkehrung, so dass die Kranken warm für kalt halten und umgekehrt. Psychische Störungen begleiten meist die Hemiplegien und bestehen meist in psychischer Schwäche. Ihr Grad ist verschieden. Als begleitende Nervenstörungen werden noch angeführt Obstipation, Schwäche der Blase, Abnahme des Geschlechtstriebs, Lähmung der Augenmuskeln, Contractur der gelähmten Muskeln, Paraplegie. Auf den spezifischen Ursprung deuten, nach D., die vorangehenden, oft geschilderten Erscheinungen, wie der charakteristische Kopfschmerz, die vorübergehenden Lähmungen, die epileptischen Anfälle hin. Ferner sind charakteristisch ihr Auftreten ohne apoplektischen Insult, mit Erhaltung des Bewusstseins, oder ihre langsame Zunahme, ihre Unvollständigkeit in Bezug auf Grad und Ausbreitung, endlich ihre Komplication mit für die gewöhnliche Hemiplegie überflüssigen Symptomen, wie der Augenmuskellähmung. Ferner sprechen für Lues vorhergehende Symptome derselben, die Gegenwart anderer luetischer Störungen, zumal in der Haut, den Knochen, u. s. w., das Alter des Kranken und die Therapie.

Die Anamnese ist unsicher. Auch die Untersuchung ergiebt oft Nichts. Dagegen ist das Alter wichtig, da Hirnblutung gewöhnlich erst nach dem 50. Jahre auftritt, während Embolie zwar früher auftreten kann, aber von Herzfehler begleitet ist. Dagegen trat die luetische Hemiplegie in 85 % der Fournier'schen Fälle vor dem 44. Lebensjahre auf. Das letzte diagnostische Moment ist der Erfolg der Therapie, der sich freilich nur bei primären, syphilitischen Lähmungen herausstellt, während die sekundären die traurige Prognose der gewöhnlichen Hemiplegien theilen. In der Antwort auf die Frage, ob man im Stande sei, die syphilitische Hemiplegie als solche bei Lebzeiten zu erkennen, unterscheidet D. einen theoretischen und einen praktischen Standpunkt. Während die Theorie sehr häufig keine bestimmte Antwort geben kann, ist es aus praktischen Gründen gerathen, überall, wo die Wahrscheinlichkeit für Lues spricht, sofort in der entsprechenden Weise therapeutisch vorzugehen. Ausser den beschriebenen Formen kommen natürlich allerlei Mischformen vor. In anderen Fällen ist die Diagnose wegen des niedrigen Grades und der Vergänglichkeit der Symptome erschwert. Ferner kommen komplizirte Fälle vor, in denen sich functionelle Störungen der einzelnen Abschnitte des Nervensystems: Gehirn, Rückenmark, peripherische Nerven vermischen. Da ferner die Syphilis jeden Theil des Hirns befallen kann, so haben ihre Symptome in seltenen Fällen sehr grosse Aehnlichkeit mit idiopathischen Neurosen. Hierhin gehören die Ataxie, Chorea, Athetose, Bulbär-

paralyse, Polydipsie und Polyurie, Melliturie, Albuminurie, Störungen im Kreislaufsapparat. Die luetische Natur dieser Störungen erhält daraus, dass sie bei Syphilitischen nach, mit oder vor anderen Symptomen der Lues auftreten und aus dem Erfolge der Therapie.

Die Ernährung bleibt oft eine gute, meist entwickelt sich jedoch ein fortschreitendes Siechthum, welches sich durch Anämie, erdfahle Hautfarbe und Schwäche kennzeichnet.

Der Erfolg der Therapie kann ein günstiger, ein mittlerer und ein ungünstiger sein, insofern entweder völlige Heilung, oder Still stand der Krankheit erfolgt, oder dieselbe fortschreitet. In letzterem Falle kommt es zu den Symptomen der Erweichung, die umschrieben in Herden oder diffus auftreten kann. Zu den Herderscheinungen gehören die Lähmungen der Hirnnerven und die Hemiplegien, während Epilepsie, Aphasie und Geistesstörung gewöhnlich zu schweren, sekundären Störungen fortschreiten. Wird die Krankheit von Herdsymptomen aus diffus, so werden die ursprünglich von einander abweichenden Krankheitsbilder immer ähnlicher. Die functionellen Störungen zerfallen in motorische und psychische, welche letztere entweder allein auftreten, oder sich mit den ersteren verbinden. Die ersteren sind die geschilderten Lähmungen. Die Hemiplegie verschwindet durch den therapeutischen Eingriff entweder ganz, oder hinterlässt eine gewisse Schwäche, oder bleibt dauernd. Sowie den Lähmungen oft motorische Reizung vorhergeht, so geht der psychischen Schwäche eine psychische Erregung voraus deren Prognose viel günstiger ist, als die erstere. D. unterscheidet drei Arten psychischer Störungen. Die erste, niedrigste besteht in einer leichten Schwäche der geistigen Kräfte. Der zweite Grad macht die Kranken zu ihrem Berufe unfähig. Der Dritte besteht in apathischem Blödsinn. Meist verbinden sich die psychischen Störungen mit motorischen und führen entweder das Bild der chronischen Hirnerweichung, oder des paralytischen Blödsinns herbei. Das Ende des Prozesses kann ein dreifaches sein. Die Kranken bleiben entweder 1. am Leben, oder 2. sie sterben in Folge von secundären entzündlichen oder ischämischen Prozessen, bald apoplektisch und im Coma, bald im postepileptischen Coma, bald erlöscht die Lebensthätigkeit langsam im Coma, bald durch akute Entzündung des Hirns und seiner Häute, bald endlich durch Siechthum oder Decubitus. Oder 3. sie sterben an accidentiellen Krankheiten, meist an Pneumonie. Die nicht behandelte Lues schreitet zuerst langsam vor und tritt dann immer schwerer auf. Im Durchschnitt beträgt die Dauer zwei Jahre; doch tritt der tödtliche Ausgang oft schon nach Monaten ein, manchmal in der Art tückisch, dass nach leichten, kaum bemerkbaren Symptomen plötzlich schwere Symptome auftreten, die den Tod herbeiführen. Manchmal verläuft die Hirnlues sprungweise, indem täuschende Besserungen mit plötzlichen Verschlimmerungen abwechseln. Die unvollständige Genesung hinterlässt entweder schwere, oder leichte Störungen. Die beiden wichtigsten Sinne können betroffen werden, das Gehör und das Gesicht. Der Verlust des Gehörs beschränkt sich glücklicherweise auf ein Ohr, während derjenige des Gesichts beide Augen betreffen

kann. Auch die Hemiplegien können bestehen bleiben. Von Seiten der Psyche bleibt hochgradiger Blödsinn zurück. Als leichtere zurückbleibende Störungen sind Schwäche des Gehörs und Gesichts, Paresen und Schwäche der Geisteskräfte zu bezeichnen. Hier giebt es zahlreiche Uebergänge. Völlige Heilungen kommen vor, wiewohl nach D. nicht so oft, wie Fournier angiebt. Es giebt 1. gutartige Fälle, 2. verschlimmert sich die Prognose mit der Dauer, der Vervielfachung der Herde und der Zunahme der Verblödung; 3. Hirnerscheinungen, die von Lues herrühren, sind der Therapie zugänglicher, als solche aus anderer Ursache.

Was den Ausgang der Hirnlues betrifft so endeten nach Fournier von 90 Fällen 14, oder über $15^5/_{10}\%$ tödtlich, in 33 oder $36^4/_{10}\%$ blieben schwere, in 13, oder $14^4/_{10}\%$ leichte Störungen zurück, 30 oder 33,3 % wurden völlig geheilt. Das Ungünstige dieser Statistik wird dadurch etwas gemildert, dass sich unter den obigen Fällen 1. Vernachlässigte, 2. nur diagnostisch sichere befinden. Man nehme daher keinen Fall von Lues leicht. Betreffs der Prognose gilt folgendes: 1. Formen mit Reizung sind günstiger, als solche mit Lähmung. 2. Der Kopfschmerz hat keine prognostische Bedeutung. 3. Die Epilepsie gestattet günstige Prognose. 4. Die congestive Form, als ziemlich zeitig, ist nicht sehr gefährlich. 5. Die Lähmungsform ist sehr zweifelhaft und schwer. 6. Die psychische Form ist immer ungünstig. Endlich ist der Hirnlues wegen ihres tückischen Verlaufes nie zu trauen.

Unsere Kenntnisse von der Lues des Rückenmarks sind bis jetzt noch sehr spärlich, weil dieselbe 1. viel seltener ist, als die des Hirns, weil sie 2. nicht so viel Charakteristisches in ihrer Erscheinung bietet, wie jene, weil es 3. fast unmöglich ist, sie bei Lebzeiten zu diagnosticiren; weil endlich 4. der Erfolg der antisyphilitischen Therapie hier keine diagnostische Bedeutung hat, da Quecksilber und Jod auch gegen nicht spezifische, namentlich akute Rückenmarksaffektionen wirksam sind. Da die Lues hier ebenso wenig, wie im Hirn, sich an bestimmte physiologische Systeme halten dürfte, so können wir weder das Krankheitsbild der grauen Entartung der Hinterstränge, noch der progressiven Muskelatrophie, noch der essentiellen Kinderlähmung erwarten. Bei den geringen Dimensionen des Marks wird die Lues früher oder später seinen Gesammt-Querschnitt ergreifen und das bekannte Bild der Quermyelitis bedingen. Die Reflexe können zuerst normal, oder gesteigert sein, später schwinden. Auch kann in Folge Störung der trophischen Centra früher oder später brandiger Decubitus oder Muskelatrophie auftreten. Die Marklues kann also in Form akuter, subakuter, oder chronischer Entzündung auftreten.

Doch theilt D. nicht die Ansicht derjenigen Autoren, welche die paralysis ascendens acuta für meist nicht syphilitischen Ursprungs halten. Als charakteristisch für Marklues betrachtet D. die Neigung zu Recidiven und die Verbindung mit Hirnsymptomen, die entweder vorher, oder nachher, oder während ihres Verlaufs auftreten. Solche kommen zwar auch bei nicht luetischen Markaffektionen vor, doch ist die Combination von Lähmung der Augenmus-

keln oder psychischen Störungen mit Affectionen des unteren Theils des Markes stets der Lues verdächtig. Ueber die Lues der peripherischen Nerven ist wenig zu sagen, da diejenige der Hirnnerven, weil von der Hirnlues nicht trennbar, bereits abgehandelt ist; der Sehnerv scheint selbständig erkranken zu können.

Die Diagnose der Krankheit im Allgemeinen anlangend, so ist das Wichtigste der Nachweis vorhandener, oder überstandener Lues. Der Werth desselben verringert sich durch das sehr späte Auftreten der Lues des Nervensystems, durch ihr vorwiegendes Auftreten in solchen Fällen in denen die früheren Symptome nur leicht waren und geringe, oder gar keine Spuren hinterliessen, ferner durch die Unzuverlässigkeit der Anamnese, endlich durch den Umstand, dass auch Syphilitische nervös erkranken können. Ein zweiter wichtiger Umstand ist die für andere Neurosen ungewöhnliche, oder wenigstens sehr seltene Symptomcombination. Dies rührt davon her, dass die Lues meist in Form disseminirter Herde auftritt, welche sich an der Oberfläche der Organe befinden. D. führt hier entsprechende Fälle an. Ein dritter sehr wichtiger Umstand ist der Verlauf der Symptome, ihre Besserung und Verschlimmerung ohne sichtbare Ursache, die Recidive, der Wechsel derselben. Z. B. treten Lähmungen nur bei Lues anfallsweise auf. Zu verwechseln wäre Lues des Nervensystems nur mit ausgebreiteten Neurosen, als Hysterie und disseminirter Sklerose des Hirns und Rückenmarks. Erstere unterscheidet sich 1. durch den habitus hystericus, 2. dadurch, dass die bei Nervenlues häufigsten Symptome bei Hysterie selten sind und umgekehrt, 3. durch den Verlauf. Noch leichter ist die Unterscheidung der Lues von der sclerosis disseminata. Dem Gesagten zufolge wird die Diagnose der Lues des Nervensystems bald sehr schwer, bald verhältnissmässig leicht sein.

Die Therapie wird ätiologisch und symptomatisch sein. Die erstere verhütet den Ausbruch und heilt denselben. Daher ist eine sorgfältige Behandlung der Primärsymptome unbedingt geboten. Die ausgebrochene Lues des Nervensystems wird durch energischste und entsprechendste Behandlung mittelst der gewöhnlichen Mittel, d. h. mittelst Quecksilber und Jod geheilt. Betreffs ersteren empfiehlt D. den Gebrauch der grauen Salbe mit aller Vorsicht, aber ohne Aengstlichkeit, bei Erwachsenen der Gefahr entsprechend 4—8 Grm. täglich. Von inneren merkuriellen Mitteln empfiehlt D. nur den Sublimat per os bis zu 5 Centigr. täglich. Von den Jodmitteln empfehlen sich am meisten die Jodalkalien, namentlich das Jodkalium in Menge von 4—10 Gramm täglich D. gibt dem Quecksilber den Vorzug vor dem Jod, wiewohl er auch dieses schätzt. D. empfiehlt den gleichzeitigen Gebrauch beider Mittel, was sich bei der Schmierkur sehr gut machen lässt bis zum Auftreten der merkuriellen stomatitis. Dann bricht man mit beiden Mitteln ab, oder lässt das Jod allein bis zum Auftreten von Jod-Intoxikation weiter gebrauchen. Als sehr wirksam und praktisch empfiehlt D. Fournier's Methode, nach welcher der Kranke erst durch einige Wochen energisch Merkur äusserlich, Jod innerlich gebraucht, dann durch einige Tage pausirt und hierauf Jod und Quecksilber in der Art ab-

wechselnd gebraucht, dass er 20 Tage hindurch schmiert, dann 20 Tage hindurch Jod innerlich nimmt, hierauf wieder 20 Tage schmiert u. s. w. bis zur Beseitigung der Gefahr. Die Vortheile dieser Methode sind folgende: Die Kranken vertragen die Mittel besser, der Körper gewöhnt sich nicht so rasch an die Mittel, Vergiftungserscheinungen treten nicht so leicht auf. Betreffs der Zeit des Gebrauchs gilt folgendes: 1. Die Kur muss so früh wie möglich beginnen. 2. Sie muss energisch während der ganzen Dauer der Symptome durchgeführt werden, ausser wenn die Kranken die Mittel nicht länger vertragen und wenn die Krankheit refractär ist; 3. Die Kur muss auch nach dem Verschwinden der Erscheinungen durch längere Zeit, und zwar alle paar Monate, Jahre hindurch fortgesetzt werden. Die symptomatische Therapie hat zur Aufgabe die ätiologische zu unterstützen. Zu den Haupthilfsmitteln gehören das Morphium und die anderen Narcotica, das Bromkalium, die Elektricität, das kalte Wasser, warme, namentlich Schwefelbäder, die Derivantien, namentlich Vesicantien. Das Morphium bewährt sich besonders in Form der subkutanen Einspritzungen zur Bekämpfung der Schmerzen, oder zur Beruhigung, das Cloral besonders gegen die Schlaflosigkeit, zumal in Verbindung mit Morphium. Das Bromkalium dient in grosser Gabe zur Herabsetzung der erhöhten Nerventhätigkeit. Man verbinde es mit dem Jodkalium. Die Elektrizität empfiehlt sich in Gestalt des constanten Stromes gegen Facialis und Augenmuskellähmungen. Von der Hydrotherapie sah D. keine Erfolge. Auch die warmen Bäder, namentlich Schwefelbäder, haben nach D. nur vorübergehenden Erfolg. Die Vesicatore können den Kopfschmerz beseitigen helfen. Schliesslich empfielt D. bei geschwächten Kranken eine kräftige, tonische Diät und vor Allem geistige u. physische Ruhe. Landsberg (Ostrowo).

---

39) **Kümmel** (Berlin): Zur Lehre von der acuten aufsteigenden Paralyse.

(Zeitschrift für klinische Medicin. II. Band.)

Der pathalogische Befund des von Landry als „Paralysie ascendante aiguë“ bezeichneten Symptomencomplexes ist in den wohlcharakterisirten Fällen bis jetzt ein durchaus negativer gewesen. In neuester Zeit hat Leyden die Ansicht ausgesprochen, dass wenigstens ein Theil derselben auf einer Läsion beruhe, die von der medulla oblongata ihren Ursprung nimmt. In dem vorliegenden Fall knüpft Verf. an diese Ansicht an und versucht den pathologischen Befund mit dem als aufsteigende Paralyse bezeichneten Symptomencomplexe in Verbindung zu bringen. Es handelt sich um einen an Typhus abdominalis der vierten Woche erkrankten Mann, bei welchem sich plötzlich eine Parese der Unterextremitäten einstellte, die bald auf die Muskulatur des Bauches, des Rückens und der Oberexremitäten übergriff. Der Gang war langsam und schleifend, nicht ataktisch, Sensibilität und Reflexerregbarkeit erhalten, electrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln normal. Innerhalb weniger Tage nahmen die beschriebenen Paresen zu, es stellten sich Schlingbeschwerden und Sprachstörungen ein sowie doppelsei-

tige Facialisparese. Nach 4 Tagen hatte sich eine vollständige motorische Paralyse ausgebildet und erfolgte der Tod unter den Erscheinungen von Lungenoedem und Vaguslähmung. Bei der Section fand sich ausser typhoesen Geschwüren im Darm im linken corpus restiforme eine erbsengrosse Höhle mit haemorrhagischem Material gefüllt. Das letztere bestand, wie sich bei der mikroscopischen Untersuchung herausstellte, aus theils blassen, theils im Verfall begriffenen rothen Blutkörperchen. In der rechten Seite der medulla obl. ungefähr an derselben Stelle wo links die beschriebene Höhle gelegen ist, fand sich eine stecknadelknopfgrosse Haemorrhagie.

Aetiologisch scheint es gerechtfertigt die haemorrhagischen Affectionen der medulla oblongata mit dem typhoesen Process in Verbindung zu bringen. Ob es gestattet ist, den geschilderten Symptomencomplex auf die beiden Herde in der medulla obl. zurückzuführen, welche eine Unterbrechung der motorischen Leitungsbahnen nicht veranlassten und mit dem „Aufsteigen“ des Processes nur schwer in Verbindung zu bringen sind, müssen weitere Beobachtungen darthun. Eickholt (Merzig).

---

40) **Debove** (Paris): Note sur les atrophies musculaires d'orgine articulaire.

(Progr. med. 1880. Nro. 50.)

Früher begnügte man sich mit der Annahme, dass die bei Rheumat. artic. chronic. vorkommende Muskelatrophie die directe Folge der Immobilität der Muskeln sei, welche zur fettigen Degeneration der Muskelfasern führe.

Verf. studirte diese Muskelaffection an einem Individuum mit classischem, ausgebreitetem Rheumat. artic. chronic. Im Leben waren die betreffenden Muskeln von sehr geringem Volumen. Bei der Section zeigten dieselben eine gelbliche Verfärbung (wie ein abgestorbenes gelbes Blatt). Mikroscopisch zeigten die Muskelfasern einfache Atrophie *ohne* fettige Degeneration, dieselbe war regellos verbreitet. Zwischen den Fasern bestand Sclerose des interstitiellen Bindegewebes.

Bei Muskelatrophie nervösen Ursprungs findet man dasselbe Verhalten. Dem entgegen zeigen die Muskeln Cachektischer nur eine extreme Verdünnung, die ganz gleichmässig alle Muskelbündel und Muskelfasern befällt.

Durch diese gleichartige Erkrankung der Muskeln in Folge von Rheum. art. chronic. und aus spinaler Ursache wurde bei dem Verf. der Gedanke angeregt, ob nicht auch jene Erkrankung spinalen oder nervösen Ursprungs sei. Die Untersuchung des R.-M. und der Nerven hat jedoch nicht zur Bestätigung einer solchen Annahme geführt, da dieselben vollständig gesund waren.

Halbey (Bendorf).

---

41) **Angelucci**: Contribuito allo studio delle localizzazioni cerebrali.

(Raccgl. med. vol. XIV. Nr. 9. p. 241, 1880.)

Ein bis dahin gesunder und kräftiger Beamter bekam im Januar 1878 im Anschlusse an Verdriesslichkeiten und Aufregungen

Anfälle von Schwindel, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und grosser Reizbarkeit. Dazu gesellten sich noch schwere Ohnmachten, Aphasie, Paralyse der rechten unteren Extremität und epileptische Anfälle. Die Anamnese konnte übrigens nicht ganz mit gewünschter Genauigkeit erhoben werden.

Im März 1878 kam der Kranke in die Anstalt. Die Sensibilität für Berührung war rechts herabgesetzt, jene für Electricität und für Schmerz aber auf eben derselben Seite erhöht. Eine Bewegung des gelähmten Beines war nur in ganz geringem Grade möglich, der Vorderarm wurde in constanter Contractur gegen den Oberarm gebeugt gehalten, Versuche ihn zu strecken, waren sehr schmerzhaft. Aus dem Benehmen des Kranken war zu entnehmen, dass er seinen Zustand kenne, sprechen konnte er nur einzelne Silben. Für Gemüthsbewegungen war er sehr empfindlich. Gewöhnlich verhielt er sich ruhig, im Anschlusse an epileptiforme Anfälle kam es aber auch zu Attaken von aufgeregter Melancholie.

Im Juli erlitt er einen schweren apoplectiformen Anfall, von dem er sich zwar erholte, aber nur um in den darauffolgenden Tagen wiederholt bald epileptiforme, bald dispnoische Anfälle zu erleiden, sein Allgemeinbefinden wurde dabei immer schlechter und am 8. August ging er unter den Erscheinungen von Enteritis zu Grunde.

Von den Sectionsergebnissen ist am meisten erwähnenswerth, dass die linke Grosshirn-Hemisphäre viel kleiner als die rechte (367 gegen 542 Gram). Der Defect war verschuldet durch eine Erweichung an zwei Stellen. Die erste cc. 6 Ctm. lang und fast ebenso breit, betraf die untere und den hinteren Abschnitt der mittleren Stirnwindung, den entsprechenden Abschnitt der vorderen und die untere Hälfte der hintern Centralwindung, ausserdem die Vorderhälfte der unteren Parietalwindung. Der zweite Herd hatte die hintere Abtheilung der unteren Parietalwindung, sowie Theile der mittleren und unteren Occipitalwindungen zerstört.

In welcher Weise sich der anatomische Befund mit der klinischen Beobachtung deckt, ergiebt sich aus dem angeführten. Der Vf. ist geneigt als letzte Ursache aller Erscheinungen eine Thrombose der Arteria fossae Sylvii anzunehmen, leider ist im Sectionsbefund über den Zustand derselben gar nichts erwähnt.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

42) **Oebecke** (Endenich bei Bonn): Beitrag zu klinischen Erscheinungsweise und Diagnose lokaler Gehirnkrankheiten.

(Berl. klin. Wochenschrift 1880. Nro. 31. u. 32.)

In zweien vom Verf. genau beobachteten und durch die Obduction in der Diagnose bestätigten Fällen kommt eine höchst interessante Beziehung zwischen Apoplexie mit folgender halbseitiger Lähmung und Epilepsie zur Sprache.

Der erste Fall betrifft ein 17 Jahre altes Individuum, das nach einer Apoplexie sechs Wochen wegen Gehirnentzündung bettlägerig blieb, dann aphasisch und an den rechtsseitigen Extremitäten gelähmt war; die gelähmten Theile zeigten erhöhte Sensibität und Hautreflexerregbarkeit. Zwei Jahre später gesellten sich

epileptische Anfälle hinzu, denen regelmässig Ziehen in den gelähmten Extremitäten und heftige Kopfschmerzen der entgegengesetzten Schläfengegend vorausgingen. Die Convulsionen betrafen jedesmal die gelähmten Theile und das gleichseitige Facialisgebiet, nur in *einem* Anfalle wurde auch in den nichtgelähmten linksseitigen Extremitäten Zuckungen beobachtet.

Diese halbseitigen epileptischen Anfälle dauerten sechs Jahre in Intervallen von 14 Tagen bis fünf Monaten auftretend, dann starb Patient in einem schweren Anfalle.

Die Section ergab ausser diffuser Trübung der weichen Hirnhäute und einer frischen Blutung zwischen Pia und Arachnoidea über dem linken Hinterlappen, eine über pflaumengrosse mit Serum gefüllte Cyste, welche an Stelle der Rinde der Wurzel der linken hinteren Centralwindung und der linken innersten Parietalwindung und der darunter liegenden Markmasse getreten war und mit dem linken Seitenventrikel durch eine groschengrosse Oeffnung kommunicirte.

Im 2. Ealle war die Epilepsie das ursprüngliche Leiden. Patient, der seit dem 5. Jahre daran litt, bekam im 50. Lebensjahre einen apoplectischen Schlaganfall, in dessen Folge Facialis und Extremitäten der linken Seite gelähmt wurden, ferner an den gelähmten Theilen Anästhesie, Beeinträchtigung des Muskelgefühls, des Temperatursinns, der Reflexerregbarkeit, Oedem, Decubitus eintraten. Patient lebte nach dem Schlaganfalle noch 3 Monate, während deren noch 4 epileptische Anfälle beobachtet wurden, deren letzter den Tod verursachte. Die Anfälle unterschieden sich jetzt wesentlich von den früheren, indem ausschliesslich die nicht gelähmte Seite von den Convulsionen ergriffen wurde, während die gelähmte Seite regungslos blieb, nur bei einem Anfalle Zuckungen zeigte.

Bei der Section fand sich hier Verdickung der Hirnhäute, Verwachsung derselben mit der Schädelkapsel, unter sich und mit der Hirnrinde, ferner mehrere bohnengrosse Blutextravasate längs des sinus longit. zwischen dura und pia, ausserdem gelbe Erweichung des ganzen rechten corpus striatum und eine zwei erbsengrosse mit dunkler blutiger Masse gefüllte Höhle im rechten thalamus opticus. Bei der Epicrise stützt sich Verf. auf die Untersuchungen Ferrier's und Charcot's und auf die in Nothnagel's Werke gesammelten Erfahrungen; er nimmt zur Erklärung der Symptome im 1. Falle die partielle Zerstörung der motorischen Rindenzone, im 2. Falle die Erweichung des corpus striatum und Beeinträchtigung der capsula interna an.

Der erste Fall ist zu bezeichnen als partielle Rinden-Epilepsie, die sich von ihrer Ursache, dem Erweichungsherde, durch die unter diesem gelegenen unversehrten motorischen Bahnen nach der entsprechenden (dem Herde entgegengesetzten) Körperhälfte erstreckten.

Den 2. Fall möchte ich als diffuse Rindenepilepsie bezeichnen, als deren Residuen wir die starke Pacchymeningitis und Arachnitis externa und interna ansehen müssen; vor dem Schlaganfall konnte die Epilepsie gleichmässig den ganzen Körper befallen. Als aber

durch den Schlaganfall der motorische Weg zu der einen (linken) Körperhälfte durch Erweichung des (rechten) corpus striatum versperrt war, da konnte die Epilepsie nur mehr zu der anderen Körperhälfte gelangen. Stenger (Dalldorf.)

---

43) **Drozda** (Wien): Studien über das Wesen der Narkose.

(Archiv für klin. Medicin XXVII. Bd. 3. u. 4. Heft.)

Die in der Wiener med. Presse Nro. 16 und 17 vorigen Jahres veröffentlichte vorläufige Mittheilung über das *Wesen* der *Narkose* erhält in der vorliegenden Arbeit ihre nähere Ausführung. Nach kurzer Berücksichtigung der physikalischen und chemischen Eigenschaften der Methylbichloride, dessen sich der Verf. zur Hervorrufung der Narkose bediente, folgen 30 Narkosen-Protokolle, welche bei Gelegenheit operativer Eingriffe erhoben wurden. Aus denselben geht hervor, dass jüngere Individuen leichter narkotisirt werden als ältere, anaemische Personen mit geringeren Quantitäten wie rüstige. Individuen, welche mit einer exquisiten Endarteriitis chronica behaftet sind, bedürfen zur Erzielung der Narkose viel grösserer Mengen. Die Puls- und Respirationsfrequenz war im ersten Stadium gesteigert, die Pupillen erschienen mittelweit, Symptome von Unruhe, Aengstlichkeit und Erregung kamen bei 60% der Fälle zur Beobachtung. Nach Eintritt der Narkose erfolgte eine auffällige Reduction der Puls- und Respirationsfrequenz sowie Verengung der Pupillen. Das Gesicht erschien in einigen Fällen blass, in andern konnte neben der gleichen Blässe ein enormer Füllungsgrad der Venen constatirt werden. Bei einem 4½ Monate alten Kinde trat eine sichtliche Vertiefung der Fontanellen ein. Wurden die Inhalationen nach Eintritt der Narkose continuirlich fortgesetzt, so wurde der Puls plötzlich sehr frequent, schwach, undulirend, die Respiration oberflächlich und sehr frequent, die Pupillen erweiterten sich ad maximum. Ein Sistiren der Inhalationen führte erst nach einiger Zeit völlige Erholung herbei. Ein Paralellismus zwischen dem Verhalten der Respirations- und Pulsfrequenz einerseits sowie dem der Pupille anderseits war constant nachzuweisen.

Nach sorgfältiger Prüfung der verschiedenen Theorien über die Art des Zustandekommens der Narkose, gelangte Verf. auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlüssen: ein in Folge der Inhalationen auftretender Gefässkrampf ruft eine Anämie der Nervencentren hervor, aus der Anämie resultirt die Narkose. Die im Anfang der Inhalationen auftretende stärkere Pulsfrequenz bei erhöhtem Blutdruck beruht auf einer intensiveren Reizung des vasomotorischen Centrums in der Medulla oblongata; die dann folgende Verringerung der Puls- und Athemfrequenz bekundet eine deutlichere Vagusreizung, die Verengerung der Pupillen eine Reizung des Nerv. oculomotorius. In Folge des Erlöschens der Functionen der Grosshirnlappen und der medulla obl. tritt Verlust des Bewusstseins, Anästhesie und Aufhebung der Motilität und Reflexerregbarkeit ein. Wird durch fortgesetzte Inhalationen der Rest der Erregbarkeit der medulla obl. erschöpft, so annoncirt sich die beginnende Lähmung durch einen schwachen, frequenten, aussetzenden Puls, ober-

flächliche und beschleunigte Respiration, sowie durch eine Erweiterung der Pupillen ad maximum.

Was nun das die angenommene Anämie erzeugende Moment betrifft, so berücksichtigt Verf. neben der specifischen Reizwirkung der Anaesthetica auf den Nerv. olfactorius und trigeminus die namhafte Abkühlung der Blutmasse in Folge der bei der Verdunstung der betreffenden Medicamente erfolgenden Wärmebindung. Ein Analogon erblickt er in dem Zustandekommen localer Anästhesie durch Aether. Zur Erklärung der im Beginn der Narkose nicht selten sich ereignenden plötzlichen Todesfälle kann entweder eine Reflexlähmung der Medulla oblongata angenommen werden, (als Beweis dient der in den Narkosenprotokollen unter Nro. 17 beschriebene Fall) oder eine Ausbreitung des Gefässkrampfes auf den Herzmuskel. Dem entsprechend würde der Befund post mortem entweder passive Hyperämie oder arterielle Anämie sein.

Eickholt (Merzig).

---

44) **Rousseau**: (Auxerre): Ueber die Behandlung des Delerium tremens und des Delirium acutum mit kühlen Bädern in Verbindung mit Bromkalium.

(Annal. méd. psychol. 1880 Septembre.)

Die innere Darreichung grosser Dosen von Bromkalium mit gleichzeitiger Anwendung prolongirter kühler Bäder hält Verf. dann für angezeigt und auch besonders wirksam, wenn die Aufregung des Kranken eine ganz extreme Höhe erreicht hat. Er theilt zum Beweis dafür 2 einschlägige Fälle mit. Der eine bezieht sich auf einen Gewohnheitstrinker, der an einem typischen, enorm heftigen Anfall von Delirium tremens erkrankt ist. Derselbe erhielt neben 10 Gramm Kal. Brom. ein kühles Bad von 7 stündiger Dauer, zugleich wurde der Kopf mit kalten Umschlägen bedeckt. Der Kranke war schon am folgenden Tag vollkommen beruhigt und das Bewusstsein klärte sich rasch darauf.

Im 2ten Fall, welcher einen vorher gesunden und nüchternen jungen Mann betrifft, welcher 8 Tage vor der Verbringung in die Anstalt an Delirium acutum erkrankte, wurde ebenfalls ein 7 stündiges Bad mit kalten Uebergiessungen angewandt neben gleichzeitiger Darreichung von Kal. brom. Nach wenigen Stunden schon begann die Beruhigung, welche gegen Abend vollständig und dauernd wurde und nach wenigen Tagen, während welcher nur mit dem Kal. brom. fortgefahren wurde, stellte sich vollkommene Klarheit des Bewusstseins ein. Wie diese Bäder auf das Allgemeinbefinden einwirken, wird nicht erwähnt.

Engelhorn (Maulbronn).

---

45) **Wilh. Meyer:** (Kopenhagen). Zur Behandlung der Ohrblutgeschwulst.

(Archiv für Ohrenheilkunde. B. VII. H. 3. August 1880.)

Verf. beobachtete bei zwei geistesgesunden Personen, einem Landwirthe und einer Zimmergesellenfrau Othaematome. Bei erste-

rem entstand im Zwischenraum von $1/2$ Jahren, zuerst auf dem linken, dann auf dem rechten Ohre ein spontanes Othaematom; bei letzterer war das rechtseitige Othaematom in Folge einer Misshandlung von Seite ihres Mannes entstanden. Im ersten Falle erzielte Verf. beidemale durch täglich mehrmals ausgeführte Massage und Druckverband völlige Heilung ohne jegliche Misstaltung des Ohres. Auch bei der Frau wurde trotz unregelmässiger Anwendung doch durch dieselbe Behandlung beinahe völlige Heilung erzielt, die Patientin aber entzog sich schliesslich der Behandlung. Beide Kranke waren kräftig und gut genährt; beide psychisch erblich belastet, indem des Patienten Vater, und der Patientin Mutter geistesgestört waren.

Karrer (Erlangen).

---

46) **Angelucci**: Coprostasi ostinata durata 35 giorni in un malato di melancolia catalettica.

Lo spermt. Fasc. 5⁰. 1880.)

Ein 16 jähriger Jüngling mit „Melancholie mit Stupor complicirt durch Semi-Catalepsie" litt im Anschlusse an ein „rheumatisches Fieber" vom 8. Mai bis 12. Juni 1878 also durch volle 35 Tage an Stuhlverstopfung. Bittersalz, Ricinus- und Crotonöl innerlich, sowie Klysmata mit Oel waren zu Beginn der Obstipation ohne Erfolg. Soviel von den Faecalmassen mit den Fingern zu erreichen war, wurde mehrmals mechanisch aus dem Rectum entfernt. Die Bauchdecken wurden wiederholt electrisirt, worauf Verf. ein besonderes Gewicht legt. Zuletzt bewirkten Klysmata mit Oel, Essig und Wasser die lange erwarteten Entleerungen.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

47) **Peeters**: (Gheel): Lettres médicales sur Gheel et le patronage familial, adressées à M. le docteur Ingels.

(Bulletin de la Societé de Médecine mentale de Belgique. Nr. 18. 1880.)

In einem früheren Briefe hat Verf. über die allgemeine Erfolge geschrieben, die während der letzten Jahre in Gheel erzielt worden sind; in dem letzten bringt er eine Uebersicht der ihm zu Gebote stehenden Hülfsmittel. Indem er die verschiedenen Kategorien der Irren betrachtet, resumirt er die denselben gegenüber festzuhaltenden Grundsätze folgendermaassen. Es muss einerseits der Versuch gemacht werden, die Heilbaren zu heilen, andererseits den Unheilbaren das Leben so angenehm wie nur irgend möglich zu gestalten. Eine dritte Klasse von Geisteskranken welche vornehmlich den heilbaren angehört, macht nur andere Indication erforderlich. Es handelt sich hier um die gefährlichen Irren, denen gegenüber das Interesse der Gesellschaft gewahrt, die öffentliche Sicherheit und Moralität geschützt werden muss. — Zur Erzielung von Heilerfolgen verfügt der Arzt über zahlreiche Mittel, die in psychische und physische Agentien gesondert werden müssen. Der günstigste Einfluss ist jedoch der psychischen Behandlung, dem traitement moral, zuzuschreiben. In erster Linie gehört hierher die Abgeschiedenheit. Aus dem umfangreichen und interessanten Berichte geht hervor, dass

den Kranken in Gheel neben der heilbringenden Abgeschiedenheit der Genuss der Freiheit und des Familienlebens zu Theil wird. Es hat Gheel durchaus nicht zum Schaden gereicht, dass daselbst eine Infirmerie, eine Anstalt im kleinen Maassstabe errichtet worden ist. Mit Unrecht wird von gegnerischer Seite vorgeworfen, dass die Infirmerie sich auf Kosten der Kolonie vergrössert und dass die Kolonie immer mehr den Character einer geschlossenen Anstalt anzunehmen beginnt. Die Kolonie zählte am 24. Septbr. 1880 mehr als 1600 Geisteskranke und in der Infirmerie befanden sich nur 35 Individuen, 20 Männer und 15 Frauen. Kein Kranker darf für die Dauer in derselben verbleiben. — Unfälle gehören in G. zu den seltenen Vorkomnissen. Seit Beginn des Jahres ist kein Selbstmord constatirt worden. Im Jahre 1879 entleibte sich eine seit vielen Jahren in der Kolonie wohnende Frau, nachdem sie von ihren Angehörigen einen sie kränkenden Brief erhalten hatte. Durch Nachahmung sind niemals Fälle von Suicidium vorgekommen. — Schwängerungen von Irren sind selten. In einem Zeitraum von sieben Jahren hat Verf. 3 derartige Fälle beobachtet; Brandstiftungen oder Gewaltthätigkeiten sind nicht vorgekommen. Eben so wenig ist seit Menschengedenken ein Pfleger wegen Misshandlung verurtheilt worden. Den Irren selber sind nur selten Unfälle zugestossen. In einer Periode von 7 Jahren ertrank nur ein junges Mädchen und ein Geisteskranker fiel im trunkenen Zustande in den Kanal und fand daselbst den Tod.

Wenn Lunier behauptet, dass die Unterbringung in eine geschlossene Anstalt der billigste Verpflegungsmodus der Irren sei, so mag dies für Frankreich seine Geltung haben, aber nicht für Belgien. (Für Deutschland ebenso wenig. Ref.) Wollte man die 1600 Patienten von Gheel in geschlossene Anstalten unterbringen, so müsste man viele Millionen für die Errichtung von geeigneten Gebäuden etc. verausgaben. (Preuss. Rheinprovinz!) Es ist bereits durch Zahlen bewiesen worden, dass die Verpflegung in Gheel erheblich billiger zu stehen kommt als in jeder andern Anstalt.

Rabow (Pankow).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 Mark. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 Mark freie Station. 3) Halle a. Saale, II. Volontärarzt, 1050 M. fr. Station. 4) Owinsk (Posen) Assistenzarzt, 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 5) Leubus, a. Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat; b. dritter Arzt, sofort, 1200 M., freie Station. 6) Marsberg, a. Volontairarzt sofort, 600 M., freie Station; b. Assistenzarzt, 1. März 1881, 1200 M., freie Station, für Beide Bedingung: kath. Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 7) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 Marh, frreie Station. 8) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1. Februar 1881 1200 M., frreie Station 9) Sorau (brandenb. Land-es-Irrenanstalt) a. Director; b. Volontairarzt, sofort, 450 + 600 M. freie Sation. 10) Grafenberg (Düsseldorf), a. Volontairarzt, sofort; 600 M., freie Station. 11) Schwetz (Westpreuss. prov. Anstalt) Volontairarzt; Arzt oder cand. med., 600 M., freie Station. 12) Nassau (Kalt-

wasserheilanstalt), Assistenzarzt; 1. April 1881; 1500 M., u. fr. Station, Bedingung: psychiatr. Vorbildung und Interesse für Hydrotherapie. 13) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Creutzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Hoya (Hannover), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Minden (Minden), Ortelsburg (Königsberg i. P.), Osterode (Königsberg), Ottweiler (Trier), Sensburg (Gumbinnen), Samter (Posen), Schönau (Liegnitz), Stuhm (Marienwerder), Warburg i. W. (Minden), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Todesfälle. Geh. San.-Rath Dr. Karuth, Director der brandenb. Land-Irrenanstalt zu Sorau.

Besetzte Stellen. Halle a. Saale (Nietleben) I. Volontärarzt: Herr Dr. Poschmann. Hildesheim, Hilfsarzt: Herr Dr. Brandes. Wehnen (Oldenburg) Assistenzarz: Herr Dr. Mühlhäuser aus Speyer Klingenmünster, Hülfsarzt,: Herr Dr. Zeitler. Göppingen, Assistenztarzt: Herr Dr, Paulus. Schussenried, Assistenzarzt: Herr Dr. Oscar Falkner von Sonnenburg. Alt-Scherbitz; Volontairarzt: Herr Otto Doniges, Arzt aus Greifswald. Uckermünde in Pommern, Assistenzarzt: Herr Dr. Lemke.

Versetzt: Kreisphysicus Dr. Schaffraneck von Samter nach Zeitz.

Auszeichnungen. Kreisphysicus San.-Rath Dr. Günther von Bünau in Colberg zum Geh. San.-Rath.

IV. Anzeige.

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.
Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. 15. Februar 1881. Nro. 4.

INHALT.

I. Referate.

48) **A. Seeligmüller** (Halle): Spinale Kinderlähmung etc.
(Handb. d. Kinderkrankheiten. V. 1. II.)

1) *Spinale Kinderlähmung.*

Auf 146 Seiten giebt S. eine umfassende Monographie der spinalen Kinderlähmung, theils nach sorgfältigen literarischen Studien, theils nach reicher eigener Beobachtung (75 Fälle). Da es nicht thunlich ist, den Inhalt des Aufsatzes, dessen Werth in der Darstellung des pathologischen Details liegt, auszugsweise wiederzugeben, wollen wir an dieser Stelle nur auf einige Punkten aufmerksam machen. So erscheint die Zusammenstellung der 32 bis jetzt veröffentlichten Autopsien von spin. Kinderlähmung besonders verdienstlich, ebenso die Schilderung des Initialstadiums der Krankheit. Bei der Erörterung des elektrischen Verhaltens der gelähm-

ten Muskeln weist S. zwar darauf hin, dass wir individuelle Verschiedenheiten beobachten, indessen möchten wir doch noch mehr urgirt wissen, dass das Schema der Entartungsreaction eben ein Schema ist, dass die allerverschiedensten Combinationen der Erregbarkeitsänderungen thatsächlich vorkommen. Besonders praktisch wichtig scheinen uns die Fälle, wo im chronischen Stadium mässig atrophische Muskeln zwar willkürlich contrahirt werden, für den Inductionsstrom aber unerregbar sind. Hier gilt Duchenne's Satz, dem S. sich anschliesst, und nach den faradisch unerregbare Muskeln regungslos der Degeneration verfallen, nicht, vielmehr kann hier die Therapie beträchtliches leisten. Besonders eingehend sind die Contracturen und deren Theorie besprochen. S. tritt hierbei von neuem der Einseitigkeit der mechanischen Theorie entgegen. Er fasst seine Ansicht dahin zusammen, dass in denjenigen Fällen, wo sämmtliche Muskeln eines Gelenkes gelähmt sind, allerdings nur durch mechanische Einflüsse Contracturen entstehen können, dass aber in solchen Fällen am häufigsten Schlottergelenke gesehen werden, dass andererseits da, wo nur ein Theil der das Gelenk bewegenden Muskeln gelähmt ist, die Richtung der Contracturstellung zunächst bestimmt wird durch die bei jedem Bewegungsversuch sich willkürlich contrahirenden, nicht gelähmten Antagonisten.

Auch in dem Abschnitt Therapie nimmt die Behandlung der Contracturen und Deformitäten den meisten Raum in Anspruch. Eine Reihe von Holzschnitten erleichtern die Besprechung der verschiedenen chirurgisch-orthopädischen Hilfsmittel. Dieser Abschitt wird viele dem Verf. zu Dank verpflichten, da an seiner Stelle in den meisten neurologischen Darstellungen der sp. K.-L. sich eine Lücke findet.

2) *Spastische spinale Lähmungen.* Handelte es sich bei der spinalen Kinderlähmung mehr um den Ausbau einer feststehenden, allgemein anerkannten Lehre, so begiebt sich S. in diesem Abschnitte in das Gebiet des Zweifels und des Streites. Er fasst unter dem Namen spastische Lähmungen zusammen: 1) Die einfache spastische Spinalparalyse (Charcot-Erb), 2) Die amyotrophische Lateralsklerose, 3) die hypertrophische spast. Spinalparalyse. „Alle 3 Formen sind im Kindesalter bis jetzt klinisch, namentlich aber anatomisch wenig oder gar nicht studirt. Wir müssen uns deshalb auch vielfach zur Ausfüllung der Lücken unserer Kenntnisse an die bei Erwachsenen gemachten Beobachtungen und Befunde halten". Betreffs No. 1. steht S. auf dem Standpunkte Erb's, insofern er die spastische Lähmung nicht als Symptom verschiedener Myelitisformen, sondern als eigenartige Krankheit betrachtet wissen will. Die einschlagenden Beobachtungen an Kindern sind theils von ihm selbst, theils von Erb gemacht. Auch ist Bezug genommen auf die ältere Angaben von Heine, Little, Adams. Amyotrophische Lateralsklerose bei Kindern ist bisher nur von S. selbst (vgl. deutsche med. Wochenschr. 1876. 16. 17.) beobachtet worden. Das klinische Bild stimmte im Wesentlichen mit dem von Charcot u. a. gezeichneten überein. Autopsien bei Kindern existiren bis jetzt nicht. Unter No. 3 versteht S. die von Thomsen, ihm selbst u. a. beschriebe-

nen „tonischen Krämpfe in willkürlich beweglichen“ Muskeln. Er wählt obige Bezeichnung, weil 1) spastische Muskelspannungen in hohem Grade das Symptomenbild beherrschen, 2) weil in Folge dessen lähmungsartige Bewegungsstörungen entstehen u. 3) „weil die Affection nicht cerebraler oder peripherer, sondern wahrscheinlich spinaler Natur ist.“ Der Umstand, dass bis jetzt ausser den von ihm genau studirten Fällen nur aphoristische Beobachtungen über die in Rede stehende Affection vorliegen (Bernhard's Aufsatz in Virchows Archiv 73, 3, erschien erst nach Vollendnung der S'-schen Arbeit) veranlasst S. eine Skizze der Casuistik vorangehen zu lassen. Aus derselben abstrahirt er folgendes allgemeines Krankheitsbild. Ein Individuum leidet von frühester Jugend an, nicht selten unter erblicher Belastung, an einer allmählich fortschreitenden Steifigkeit u. Unnachgiebigkeit der Muskeln, welche unter manchen Verhältnissen, nach längerer Ruhe, in der Kälte etc., eine sehr störende Behinderung der willkürlichen Bewegungen abgiebt. Die Muskeln sind stark, ja athletisch entwickelt, von brettartiger Härte. Die Contraction tritt langsam ein u. löst sich langsam. Fortgesetzte Bewegungen beseitigen temporär die Steifigkeit, welche im übrigen während des ganzen Lebens zu persistiren scheint. Bei dieser Affection vermuthet S. eine Erkrankung der Seitenstränge des Rückenmarks.

3) *Sklerose der Hinterstränge.*

Die Darstellung, welche S. von der Hinterstrangsklerose im Kindesalter giebt, ist wesentlich eine Recapitulation der bekannten Friedreich'schen Beobachtungen. Ein Nachtrag erwähnt die im Archiv für Psychiatrie etc. X. I. niedergelegten eigenen 2 Fälle des Verf's.

Möbius (Leipzig).

---

49) **Carl Laufenauer:** Das Gesammtgewicht des Gehirnes, mit besonderer Rücksicht auf das ungarische Volk, Geschlecht, Lebensalter und auf die Formen der Geisteskrankheiten.

(Orvosi Hetilap. Nro. 29, 30. 1880.)

Verf. stellte sich zuförderst die Aufgabe Fehler zu berichtigen, welche Weissbach und Engel machten, die wohl ungarische Hirne gemessen haben, aber in so geringer Anzahl, dass ihre Schlüsse falsch ausfallen mussten. Schon die Divergenz ihrer erzielten Resultate weist darauf hin. Nach Weissbach ist das Mittelgewicht der ungarischen Hirne grösser als jenes der Deutsch-Oesterreicher, Polen, Slaven und Italiener der österr.-ungarischen Monarchie; Engel wieder behauptet, dass unter den polyglotten Völkern dieses Reiches die Deutschen und Italiener das grösste Mittelmaass des Hirnes besitzen. Noch irrthümlicher seien die Angaben des berühmten Davis, dass die Ungarn unter allen Nationen in Europa das leichteste Hirnvolum hätten und fast mit den Zigeunern auf einer Stufe ständen.

Verf. untersuchte im Ganzen 656 Gehirne, die zwar alle von Geisteskranken herrührten, aber mit Ausschluss aller atrophischen und sclerotischen Prozesse der Hirnmasse so ausgewählt waren,

dass blos primäre Formen als Melancholie, Manie zur Messung kamen, und bei den minimen Gewichts-Verlusten solcher konnten daher aliquote Abweichungen sich leicht ausgleichen. Zur Stütze dessen erwähnt Verf. den auffallenden Umstand dass Meynert's Messungen an 157 Hirnen von Alienirten zwischen den 20—69 Jahren ein um 10 Gramm grösseres Mittelgewicht ergaben als das Hirngewicht von 174 Soldaten ein und desselben Alters nach Weissbach. (Der Gegensatz scheint mir etwas grell zu sein. Ref.) Das Gehirn wurde immer mit den Häuten gewogen, wesshalb in allen Fällen 32 Gramm vom Gesammtgewichte abgezogen wurden.

Verf. fand nach Messungen von 414 Männerhirnen als Mittelmaass des Gesammtgewichtes 1339 Gramm und von 242 Weibern 1215 Gramm. Darunter waren *echt ungarische* Männer 82 mit 1375 Gramm, Frauen 41 mit 1247 Grammen.

Alle übrigen waren wohl von Geburt auch Ungarn aber doch trotz des ungarischen Idioms von fremder Abstammung, so dass sie als Uebergangsformen von germanischen und andern Typen zum ungarischen konnten betrachtet werden.

Nach diesen Untersuchungen resultirte nun im Vergleiche zu den Gewichtsangaben Weissbach's, dass das Gehirn der ungarischen Männer um 21 Gramm schwerer; dazu dürften noch weitere 10—15 Gramm gerechnet werden, da W. lauter Gehirne von gesunden jugendlichen Männern im Alter von 20—30 Jahren wog, und Verf. geisteskranke Hirne von 20—30 Jahren gemessen hatte. Das Gewicht der Hirne ungarischer Frauen soll ferner im Mittel um 37 Gramm jenes der deutschen und um 43 Gramm das der slavischen Frauen übersteigen. Seine Gesammtuntersuchungen ergaben im Ganzen folgende Resultate:

I. Totalgewicht des Hirns beträgt bei Männern 1339 Gramm, bei Frauen 1215 Gramm was mit den gefundenen Werthen von Huschke, Tiedemann und Weissbach wohl nicht stimmt, da diese mit Gesunden zu thun hatten, aber ziemlich gleich ist den Zahlen von Parchappe und Meynert deren Objecte auch Geisteskranke waren.

II. Das ungarische Gehirn, nimmt unter allen Völkern der österr.-ungarischen Monarchie die 2. Stelle ein, da die Czechen mit 1368 Gramm den ersten Rang einnehmen.

III. Das Hirngewicht der jüdischen Männer betrug 1291 Gr.; jenes der Frauen 1138 Gramm; mithin steht diese Race unter allen Völkern des dualistischen Reiches auf der alleruntersten Stufe.

IV. Das Gehirn erlangt sein grösstes Gewicht bei Männern im 3. bei Frauen im 4. Decennium; von da an nimmt's graduell ab; das Weiberhirn soll entsprechend den Angaben im 6. Decennium nochmals einen Aufstieg nehmen, bei Männern konnte das Verf. nicht constatiren.

V. Unter den Geisteskrankheiten setzen sowohl unter Männern als Frauen den geringsten Gewichtsverlust die Melancholie, Manie, und Wahnsinnsformen; alle Alienationen indessen, welche während des Lebens mit grosser Abnahme der intellectuellen Fähigkeiten verbunden sind, zeigen dementsprechend grosse Deffizienzen des Ge-

wichtes und bei Männern vorwaltend die paralytische, bei Weibern die primäre angeborene Demenz.

Das Weiberhirn erleidet bei den einzelnen Geisteserkrankungen einen doppelten Gewichts-Verlust relativ zu jenem der Männer, wie dasselbe auch Parchappe und Meynert fanden.

Die epileptischen Geistesstörungen ziehen immer Gewichts-Verluste der Hirnmasse nach sich.

Ladislaus Pollàk (Gross-Wardein).

---

50) **Julius Janny:** Gesichtskrampf; Facialneuralgie; Nervendehnung; Heilung.

(Orvosi Hetilap. Nr. 48. 1880.)

Verf. theilt einen Fall mit, in welchem er mit günstigem Resultate an allen drei Zweigen des Trigeminus die Nervendehnung fast gleichzeitig vornahm. H. Zs. 44 Jahre alte Tagelöhnersgattin, litt seit zwei Jahren an rechtsseitigem Tic douloureux; essen, trinken, schlafen, reden, den Mund öffnen konnte sie nicht. Sie liess sich alle Zähne ausziehen in der Meinung, dass die Schmerzen von den Zähnen herrührten; der Zustand verschlimmerte sich jedoch; die Paroxysmen nahmen zu, wiederholten sich öfters und auch Tic convulsif kam dazu.

Die Untersuchung erwies, dass die puncta dolorosa den Austrittsstellen des N. supraorbitalis, frontalis, infraorbitalis und alveolaris inferior entsprachen; Thränenträufeln, Speichelfluss war trotz der intensiven convulsivischen Krämpfe nicht aufgetreten. Patientin ist ganz herabgekommen. Am 7. September wurden der N. supraorbital. und frontalis, am 11. der infraorbitalis und mentalis in centripetaler et centrifugaler Richtung unter antiseptischen Cautelen gedehnt. Die Wunden — mit 3 % Carbollösung ausgewaschen – heilten unter dem Compressivverbande per primam intentionem, und die fast unaufhörlichen Schmerzen cessirten in den gedehnten Stücken allsogleich. Am 21. September konnte Patientin als gänzlich geheilt entlassen werden. Er hält es für sehr erwünscht bestimmen zu können, welche Kraft bei der Dehnung angewendet werden dürfe, da schwaches Ziehen die Reizbarkeit noch erhöht, während nach zu kräftiger Dehnung eine dauernde Lähmung auftreten kann. Jedoch wird sich kein einheitliches Maass statuiren lassen, und die Dynamometrie muss durch Einsicht und Gewandheit des Operateurs substituirt werden. In Folge Raummangels dehnte er mittelst Pincetten, deren Spitzen mit Caoutchouk überzogen waren.

Ladislaus Pollàk (Grosswardein).

---

51) **Chr. Leegaard** (Norwegen): Ueber die Entartungsreaction.

(Deutsches Archiv f. klin. Medicin. XXVI. 5 u. 6.)

Hier liegt eine im Ziemssen'schen Institut in München ausgeführte Experimental-Untersuchung vor, welche sich zum Ziel gesetzt hat, einen ergänzenden Nachtrag zu den allgemein bekannten Arbeiten von Erb und Ziemssen und Weiss zu geben, sowie die Punkte, über welche Uebereinstimmung zwischen den Autoren bisher nicht hat er-

reicht werden können, wenn möglich klar zu stellen. Zu den Versuchen wurden Hunde und Kaninchen verwendet, und wurde in den meisten Fällen die von W. und Z. geübte Operationsmethode — Umschnüren des Nerven, nn. peroneus und ischiadicus, mit einer Ligatur — befolgt. Zur meist täglich vorgenommenen *galvanischen* Prüfung der gelähmten Nerven und Muskeln wurde stets der Strom derselben aus 30 S. El. bestehenden Batterie benutzt, und wurden die Abstufungen der Stromstärke nur mittelst eines Siemens'schen Rheostaten bewirkt. Die *faradische* Erregbarkeit wurde mit einem durch zwei Leclanché's getriebenen du Bois'schen Schlittenapparat bestimmt.

Die Erregbarkeitsänderungen am gelähmten *Nerven* fand L. im Allgemeinen ebenso wie seine Vorgänger. Nur verdient Erwähnung, dass in mehreren Fällen die galvanische Erregbarkeit etwas früher zurückkehrte als die faradische, aber nur, wenn die Electrode *peripher* von der Läsionsstelle angebracht wurde. Noch interessanter ist, dass in einigen seltenen Fällen eine qualitative Veränderung des Zuckungsmodus deutlich constatirt wurde, nämlich AnSZ grösser als KaSZ, sowie auch KaOZ grösser als AnOZ.

Eine *träge* Zuckung wurde übrigens hierbei niemals gefunden.

Was die Erregbarkeitsverhältnisse des gelähmten *Muskels* betrifft so fand Verf., dass in der Periode, welche der Erregbarkeitssteigerung vorangeht, und welche bekanntlich durch eine Verminderung der Erregbarkeit characterisirt ist, diese Verminderung nicht so sehr die Stromstärke, durch welche man eine Minimalzuckung auslösen kann betrifft, als vielmehr die Maximalzuckungen, welche in dieser Periode bedeutend an Kraft abnehmen. Auch liegen schon in diesem Stadium KaSZ und AnSZ sich meist näher als im normalen Zustande. Im Stadium der Uebererregbarkeit hat Verf. eine so constante qualitative Aenderung des normalen Zuckungsmodus und eine so gesetzmässige Entwicklung derselben nicht beobachtet wie andere Autoren. So ist in den meisten Fällen AnSZ deutlich kleiner als KaSZ gewesen, wenn auch die kleinsten Stromstärken, mit welchen beide Schliessungszuckungen ausgelöst werden konnten, dieselben gewesen sind. Wenn die Motilität zurückgekehrt ist und die galvanomuskuläre Erregarkeit wieder abnimmt, wiederholt sich dasselbe wie im ersten Stadium der verminderten Erregbarkeit, nämlich die deutliche Abnahme der Kraft der Maximalzuckungen. Auch in dieser Periode fand Verf. nie AnSZ grösser als KaSZ. Abweichend von den Vorgängern sind die Befunde auch in Betreff der Oeffnungszuckungen. Während sie im ersten Stadium der verminderten Erregbarkeit fast immer fehlen, kehren sie und zwar erst AnOZ und dann auch KaOZ mit dem Auftreten der Ueberregbarkeit stets zurück, und liegen dann den Schliessungszuckungen viel näher als normal.

Dagegen ist die von Anderen behauptete völlige Umkehr der Zuckungsformel — KaOZ grösser als AnOZ — eine seltene Ausnahme, ebenso wie ein Ueberwiegen der Oeffnungs- über die Schliessungszuckungen. Beim Abnehmen der Ueberregbarkeit sinken auch die Oeffnungszuckungen und schwinden dann im letzten Stadium der verminderten Erregbarkeit und zwar KaOZ und AnOZ ungefähr gleichzeitig, um erst nach langer Zeit, in manchen Fällen viel-

leicht niemals wiederzuerscheinen. In Betreff des Verhaltens des Tetanus (Ka SZ > und An SZ >) hat Verf. beobachtet, dass im Stadium der Ueberregbarkit KaSZ > später erscheint als KaOZ, also umgekehrt wie beim normalen Nerven. Auf der Höhe der Uebererregbarkeit geht KaSZ > in Ka SZ ∞ über, was, wenn der Tetanus schon bei den schwächsten Strömen, die überhaupt Zuckung auslösen, erscheint, die Beobachtung der Oeffnungszuckungen hindert oder unmöglich macht.

Verf. unterscheidet nach den Erregbarkeitsveränderungen *vier* Perioden der Lähmung, von denen die erste und vierte beide durch verminderte Erregbarkeit und fehlende Oeffnungszuckungen ausgezeichnet sind, die erste aber ausserdem durch Fehlen sowohl der Motilität wie der indirecten und farado-muskulären Erregbarkeit characterisirt ist, während diese sämmtlich in der vierten wieder vorhanden sind. Die Grenze zwischen zweitem und drittem Stadium wird durch die Rückkehr der Motilität gebildet, und bildet das Auftreten resp. Verschwinden der Oeffnungszuckungen die Grenze einerseits gegen das erste, andererseits gegen das vierte Stadium.

Alles dies bezieht sich auf Fälle, die relativ rasch — in 28 bis 30 Tagen, wenn der n. peronaeus, etwas länger, wenn der n. ischiadicus verletzt wurde — zur Herstellung gelangten, während Verf. keine Gelegenheit gehabt hat, eine unheilbare Lähmung durch alle Stadien zu verfolgen.

Eine deutliche Vermehrung der *mechanischen* Erregbarkeit der gelähmten Muskeln hat Verf. nie beobachten können.

Der wiederholte Versuch, die sogenannte „Mittelform“ der Lähmung zu produciren, ist Verf. nicht gelungen.

Zu den *anatomischen* Untersuchungen der gelähmten *Nerven*, welchen der *zweite* Abschnitt der Abhandlung gewidmet ist, wurden ausser nn. peronaeus und ischiadicus auch nn. medianus, ulnaris und r. suralis nervi tibialis verwendet, und beziehen sich dieselben ebenfalls nur auf die Veränderungen bei leichten Lähmungen, wie sie in Folge der Operationsmethode des Verf. entstehen, so dass die Nervenneubildung in dem Narbengewebe, welches sich zwischen den zwei Enden eines durchschnittenen Nerven bildet, keinen Gegenstand der Untersuchung abgiebt. Die Objecte wurden erst 24 Stunden in Ueberosmiumsäurelösung macerirt und dann mit verschiedenen anderen Färbungsmitteln, am häufigsten Picrocarmin oder Bismarckbraun gefärbt.

Durch die Ligatur findet ein vollständiges Abbrechen der leitenden Nervenelemente, Myelin und Axencylinder, statt, welche nach beiden Seiten getrieben werden, so dass die Verbindung zwischen beiden Enden nur noch durch die leeren Schwann'schen Scheiden hergestellt wird. Im peripheren Stück beginnt nun, und zwar gleichzeitig im ganzen Verlauf des gelähmten Nerven, das Mark wie der Axencylinder durch fortgesetzte Theilung und Zerfall und nachfolgende vollständige Resorption zu Grunde zu gehen, so dass nur die Schwann'schen Scheiden und ihre Kerne erhalten bleiben, ein Theil der Nervenfasern aber sogar in ihrer Totalität untergeht.

Gleichzeitig mit dem Untergang der leitenden Elemente beginnt nun auch die Regeneration und zwar innerhalb der Schwann'schen Scheiden in der Weise, dass die Kerne derselben sich vergrössern und — meistens oder vielleicht stets durch Theilung — sich vermehren, und zugleich die die Kerne umgebenden Protoplasmamassen bedeutend zunehmen, bis sie mit denen der Nachbarkerne confluirend die Schwann'schen Scheiden mehr weniger erfüllen. Aus diesem Protoplasma geht dann die Neubildung hervor. Schon 4—5 Wochen nach der Operation findet man in einigen Fasern die bekannten neuen schmalen, oft fadenfeinen graulichen Nervenfäden, in andern schon eine deutliche Markbildung, und zwar entstehen nach Verf. diese Neubildungen selbstständig in den einzelnen interannulären Segmenten, um allmälig, wenn eben nirgends mehr eine Unterbrechung besteht, zu leitungsfähigen Nervenfäden zu confluiren. Es treten dann auch die Ranvier'schen Schnürringe, die während des Entartungsstadiums ausgeglichen sind, von Neuem auf, doch scheinen die neuen Fasern aus mehr interannulären Segmenten zu bestehen als die alten. Allmählig verschwinden auch die neugebildeten Kerne wieder. Ob auch einzelne Fasern nicht in den alten Scheiden, sondern vollständig von Neuem entstehen, ist nach Verf. noch eine offene Frage.

Auch an der Ligaturstelle findet die Regeneration in derselben Weise aus dem vermehrten Protoplasma nach vorangegangener Kernwucherung statt.

An dem centralen Ende hat Verf. abweichend von früheren Beobachtern ebenfalls eine Degeneration und zwar in einer Ausdehnung von 3—5 mm., in seltenen Fällen bis zu 1 ctm. gefunden. Er schreibt diese Degeneration der durch das Eintreiben des Myelins und des Axencylinders bewirkten Drucksteigerung in den Schwann'schen Scheiden zu, während der Degeneration des peripheren Theils das Aufheben des trophischen (excitorischen) Einflusses des Centrums zu Grunde liege, die Kernpoliferation aber bereits die beginnende Neubildung bedeute. Auch an dem centralen Ende findet die Neubildung nicht durch Hervorsprossen von Axencylindern aus den gesunden statt, so wenig wie das neugebildete Myelin von dem erhaltenen ausgeht, sondern auch hier findet eine selbstständige Neubildung in den Segmenten statt. Freilich kann diese hier schneller vor sich gehen als im peripheren Theile. Die von manchen Autoren gemachte Beobachtung, dass mehrere neue Fasern von einer alten ausgehen, wird von Vf. als sehr zweifelhaft und jedenfalls als höchst seltenes Vorkommniss bezeichnet, während gewöhnlich von einer alten nur *eine* junge Faser ausgeht.

Entsprechend der Motilität tritt auch die Regeneration um so schneller ein, je mehr peripher die Verletzung des Nerven stattgefunden, und wird überall der Process in den verschiedenen Fasern verschieden entwickelt gefunden. Schliesslich wird noch auf die Zunahme des interstitiellen Bindegewebes während der beschriebenen Vorgänge hingewiesen.

Degeneration und Regeneration der gelähmten *Muskeln* werden vom Vf. im Wesentlichen conform den Beobachtungen früherer Au-

toren geschildert. Die von Erb erwähnte „wachsartige" Degeneration hat Vf., der immer nur ganz frische Muskelfasern untersucht hat, nicht gesehen.

In einem *dritten* Abschnitt giebt Verf. eine Vergleichung der Resultate, zu denen die electrischen und anatomischen Untersuchungen geführt haben, um so zu einem Verständniss der klinischen Erscheinungen zu gelangen. Dehn (Hamburg).

---

52) **J. Heinrichs**: Ueber das Verhalten der Reflexe, insbesondere des Patellarsehnenreflexes in der artificiellen (toxischen) Narcose.

(Jnaug. Diss. Greifswald Dez. 1880.)

Die Erfahrungen Rosenbachs über die Reflexvorgänge bei Schlafenden veranlassten H. zur Untersuchung derselben in der Narcose durch Chloroform, Aethylidenchlorid, Aethylenchlorid, Methylenbichlorid und bei Bromkalium. Bald nach Beginn der *Chloroformnarcose* tritt eine Steigerung des Patellarreflexes ein, der dann schwindet, während der Reflex von der cornea noch vorhanden ist. Dieser erlischt erst später. Mit dem Nachlass der Narcose tritt erst der Cornealreflex, dann der Partellarreflex wieder auf. Die Schmerzempfindung scheint gleichzeitig oder vielleicht früher als der Patellarreflex, zu schwinden, während der Reflex von der Nasenschleimhaut noch hartnäckiger als der Cornealreflex der Einwirkung des Chloroforms zu trotzen scheint. Das Aufhören des Patellarreflexes bei Operationen unter Chloroform würde danach den Maasstab für das Genügen der Anästhesie sein.

Unter dem Einfluss des *Aethylidenchlorids*, des *Aethylenchlorids* und *Methylenbichlorids* hört der Cornealreflex eher auf als der Patellarreflex und kehrt später als dieser nach dem Weglassen des Mittels wieder.

Bromkalium in grösseren, tödtlichen Dosen (die Versuche wurden an Kaninchen und Hunden gemacht) ruft zuerst Steigerung des Patellarreflexes hervor, dann schwinden zuerst die Hautreflexe, dann die der cornea, schliesslich die der Patellarsehne. Unter Nachlass der Convulsionen und der Athmungsfrequenz tritt der Tod des Thieres ein; das mechanisch nicht mehr reizbare Herz steht in der Diastole still und peristaltische Bewegungen sind nicht zu erkennen.

Rohden (Oeynhausen).

---

53) **L. Mauthner**: Gehirn und Auge.

(Wiesbaden, J. Bergmann. 1881. 8°. 255 S.)

Die vorliegende Schrift ist ein unveränderter besonderer Abdruck von Prof. Mauthner's „Vorträge aus dem Gesammtgebiete der Augenheilkunde, Heft 6—8."

Wenn man von den genuinen Prozessen absieht, welche sich in den Fasern des Sehnerven von seiner Retinalausbreitung bis zu seinem Ursprung im Gehirn etabliren können, so hängen nach Verf. Hirn und Auge dadurch zusammen, dass 1) die Fasern des Sehnerven in ihrem Laufe vom Foramen opticum bis zu ihrem cen-

tralen Ursprung, sowie diese centralen Ursprünge selbst secundär (durch Uebergreifen krankhafter Prozesse benachbarter Theile des Schädelinhaltes) erkranken können; dass 2) für Hirn- und Augenerkrankungen gemeinsame dritte Ursachen existiren; dass 3) Netzhaut und Sehnerv vorgeschobene Theile des Gehirns sind und als solche in einem gegenseitigen Specialconnexe stehen; dass endlich 4) das dritte, vierte, fünfte und sechste Nervenpaar, sowie die die Schädelhöhle passirenden Fasern des Sympathicus das Auge und seine adnexa innerviren. Nach diesen Gesichtspunkten hat Verf. seinen Stoff eingetheilt und, entsprechend der Wichtigkeit des Gegenstandes, zunächst und hauptsächlich die Läsionen der Opticusfasern im intracraniellen Verlaufe besprochen. Von den 255 Seiten der Abhandlung handeln 200 über die Hemianopie. Nach Darstellung des klinischen Bildes und der Casuistik kommt M. zur Frage der Faserkreuzung im Chiasma. Er plaidirt für die Partialdurchkreuzung auf Grund sowohl der klinischen Beobachtungen als der sehr ausführlich vorgeführten physiologischen - anatomischen und pathologisch-anatomischen Daten. Das Resultat seiner, wie es uns scheint, überzeugenden Darlegung ist, dass im menschlichen Chiasma eine partielle Kreuzung der Fasern stattfindet, so zwar, dass die Summe der gekreuzten Fasern zu jener der ungekreuzten sich verhält wie 3:2. Wenngleich bisher der Verlauf der Fasern des gekreuzten und ungekreuzten Bündels im Tractus, Chiasma, Opticus nicht ergründet ist, so steht doch fest, dass die beiden ungekreuzten Bündel weder im vorderen noch im hinteren Chiasmawinkel zusammenstossen. Bei der weiteren Erörterung treten sich die Ansichten Charcot's, welcher eine zweite cerebrale Kreuzung annimmt und jede Retina ganz und nur in der contralateralen Hemisphäre vertreten sein lässt, und die Ansicht Newtons, nach welcher jeder Tractus ganz in der gleichseitigen Hemisphäre endigt, gegenüber. Die Erscheinungsarten der Hemianopie als solche vermögen nach M. weder die eine Ansicht zu beweisen, noch die andere zu widerlegen. Ebenso vermag die Anatomie nicht die entferntesten Anhaltspunkte zu geben. Dagegen bietet ein Befund Huguenin's, welcher bei einem seit Kindheit auf dem linken Auge erblindeten Manne in der Rinde des Occipitalhirns auf beiden Seiten einen Defect fand, der Newton'schen Ansicht eine kräftige Stütze. Das meiste Gewicht aber legt M. auf die Resultate der Versuche Munk's, welcher durch Exstirpation der Rinde des Hinterhauptslappens bei Affen und Hunden Hemianopie erzeugte und damit nach M. die Richtigkeit der Newton'schen Ansicht auf das Glänzendste bewies. Ueber die entgegenstehenden Angaben Ferrier's geht M. leicht, vielleicht zu leicht hinweg. Weiter bringt M. sechszehn Fälle mit Section aus der Literatur bei, bei denen die während des Lebens beobachtete homonyme Hemianopie der Erkrankung einer Hemisphäre entsprach, und von denen keiner der Annahme widersprach, dass die Verhältnisse so liegen, wie sie Munk beim Affen gefunden. M. gesteht jedoch zu, dass wirklich beweiskräftig für die Annahme eines Sehcentrums im Hinterhauptslappen, dessen Zerstörung Hemianopie verursache, nur ein Fall ist, der Curschmann's

(Hirschberg's Centralbl. 1879. p. 181). Nach alledem hat also die Zerstörung der Rinde des Hinterhauptslappen, der Gratiolet'schen Sehstrahlen, des Pulvinar des Tractus opticus immer denselben Erfolg, d. h. homorgene Hemianopie der entgegengesetzten Seite.

Ausführlich kritisirt M. die Lehre Munk's von der Seelenblindheit. Die Erscheinungen, welche Munk als Seelenblindheit, d. h. Verlust der Gesichtsvorstellungen, deutet, sind nach M. einfach aus dem Verluste des centralen Sehens zu erklären. Da nämlich beim Hunde das gekreuzte Bündel $^3/_4$ aller Opticusfasern enthält, geht nach Zerstörung der Sehsphäre auf dem gegenüberliegenden Auge das centrale Sehen verloren. Der Hund behält daher nur die verschwommenen excentrischen Gesichtswahrnehmungen und beträgt sich wie sich eben auch ein Mensch betragen würde, dem das centrale Sehen verloren ist. Die ganzen Deductionen M.'s sind ebenso einleuchtend als die Munk'sche Ansicht schwerbegreiflich ist.

Die Erscheinungen bei der Hysterie widersprechen der Newton-schen Lehre nicht, denn es handelt sich bei der hysterischen Hemianästhesie nicht, wie Charcot anfänglich angab, nur um Amaurose auf der anästhetischen Seite, sondern stets um bilaterale Sehstörungen. Auch das Auge der anderen Seite ist amblyopisch und zeigt Störungen des Farbensehens, wie Charcot und Landolt neuerdings berichten. Die bilateralen Störungen lassen sich aber weder nach Newton's Lehre noch durch Charcot's Schema erklären. Bei hysterischen kommen heteronyme laterale Hemianopie, scharfabschneidende Hemianopie in Höhenrichtung etc. vor. Es ist daher M. nicht zweifelhaft, dass der Sitz der hysterischen Störungen in die Peripherie zu legen ist.

Die Fürstner'sche, „eigenthümliche Sehstörung bei Paralytikern" will M. natürlich auch nicht als Seelenblindheit aufgefasst wissen, denn Seelenblindheit ohne Rindenblindheit kann es nicht geben, und wenn das wäre, könnte doch durch Zerstörung eines Sehcentrums niemals Seelenblindheit entstehen, da beim Menschen wie beim Affen jede Macula lutea mit beiden Hemisphären in Verbindung steht.

Der 2. Theil der Abhandlung „die Veränderungen des Sehnerven und der Netzhaut bei Hirnleiden" behandelt die Stauungspapille, die Neuroretinitis, die Sehnervenatrophie bei Tabes und disseminirter Sklerose, die Embolie der art. centralis retinae, die Augenmuskellähmungen, das Verhalten der Pupille etc.

Mauthner hat sich durch seine klare, anregende Darstellung der neuerdings vielfach discutirten und schwierigen Grenzgebietes der Ophthalmologie und Neuropathologie den Dank des Augenarztes wie des Neurologen verdient.

Möbius (Leipzig).

---

54) **Rembold S.:** Ueber Pupillenbewegung und deren Bedeutung bei den Krankheiten des Centralnervensystems.

(Prof. Nagel's Mittheil. aus der ophth. Klinik in Tübingen. Laupp. 1880, 118 p.)

Die Arbeit dankt ihre Entstehung einer Preisfrage gleichen Inhalts der Tübinger med. Facultät und ist in ihrem ersten Theile,

der die Hälfte der jetzigen Arbeit umfasst, unter dem Titel „über Pupillenbewegung“ i. J. 1877 als Inaug. diss. vom Verfasser herausgegeben. Verf. geht zunächst auf die anatomischen Verhältnisse ein, sichtet in kritischer Weise das vorhandene Material, wie es Experiment und Beobachtung in ziemlich crassem Gegensatz vielfach neben einander gestellt und glaubt auf Grund der Untersuchungen, namentlich Merkels betr. des Vorhandenseins eines dilatator pupillae die Existenz desselben anatomisch begründet. Btr. der Bahnen, auf denen die Pupillenbewegung ausgelöst wird, Oculomotorius, Trigeminus und Opticus und Sympathicus und der Art dieses Vorganges hängt, nach Verf. die Weite der Pupille ab von der continuirlichen Einwirkung zweier in entgegengesetzten Sinne ihren Einfluss geltend machender Kräfte: die eine äussert sich in der Contraction des Sphinkters, die andere in der Contraction der Gefässe und der davon abhängigen verschiedenen Höhe des intravasculären Druckes. Die Bahn des Oculomotor. durch welche die von dem Einfluss des Lichtes herstammende Reizung des Opticus sich fortpflanzt, ist hier der leitende Weg der motorischen Kraft, während gleichzeitig zur Zeit des Wachens eine beständige Reizung der sensiblen Nerven des Körpers und der Grosshirnoberfläche statthat, die sich reflectorisch auf die vasomotrischen Nerven fortsetzt, und dadurch der Iris einen mit dieser wechselnden Spannungszustand ertheilt. Die Weite der Pupille am gesunden wachenden Menschen ist daher immer ein directes Zeichen von dem Verhältniss, in dem der Reizzustand des Optic. zu dem des sensiblen Nervensystems steht. Ob neben der vasomotorischen Wirkung des Sympathicus eine specifische auf den Dilatator statthat, lässt Verf. dahingestellt. Sicherlich vermag dieser nicht die Dilatation allein hervorzurufen, dazu ist er zu schwach und zu ungünstig situirt. Die Möglichkeit, dass dieser Muskel gleichzeitig mit den Gefässmuskeln innervirt wird, und er eine die Wirkung dieser in etwas unterstützende Thätigkeit entfaltet, muss zugestanden werden. — Betr. des Verhaltens der Pupille auf Lichtreiz, bei der Accomodation, im Schlaf, Agone und Tod erwähnt Verf. weiter die bekannten Thatsachen, um dann im 2. Theil auf die Pupillarerscheinungen bei den Krankheiten des Centralnervensystems überzugehen. Er entwickelt die genauen Circulationsverhältnisse im Gefäss- und Lymphsystem des Hirns, das Verhalten bei Anämie und Hyperämie der betr. Theile, und kommt zu dem Schlusse, dass die Art der auftretenden Erscheinungen betr. Pupillenreaction durchaus verschieden ist je nach der Intensität und Dauer der sie verursachenden Ernährungsstörung. Anfangs und bei geringern Graden zeigt sich stets Verengung der Pupille, dann Erweiterung ad maximum und hat der Satz, dass Gehirnanämie Mydriasis, Gehirnhyperämie Myosis zur steten Folge habe, durchaus keine Geltung. Vielmehr findet sich bei allen Erkrankungen, wie Meningitis mit ihren Exsudaten, acuten Hydrocephalien, acuten Oedemen, spontanen und traumatischen Blutergüssen, Schädelbrüchen mit Impressionen: Myosis in den geringern, Mydriasis in den höheren Graden, sofern nur die Ernährungsstörung rasch eintritt und ihr Grad allmählich die Höhe erreicht, dass beide Symptome auftreten können.

Gradezu typisch für diese Reihefolge ist das Hydrocephaloid der Kinder, bei dem sich im Stadium der Irritation (nach Marshall Hall) enge, in dem der Torpors weite Pupillen finden. — Das Gleiche gilt von dem apoplectischen Insulte in seinen verschiedenen Formen, wo die Weite der Pupille ein Zeichen für die grössere oder geringere Heftigkeit des Anfalls abgeben kann, gleicherweise bei der urämischen Intoxication und den eclamptischen und epileptischen Anfällen. Die Ansicht von v. Gräfe, dass erhaltene Pupillarreaction ein Zeichen günstiger Prognose betr. der Wiederherstellung der Sehkraft sein soll, erweist sich durch die Beobachtung nicht stets als richtig. Bei venöser Hyperämie findet sich, wenn sie chronisch ist, die Pupille etwas erweitert nnd träge reagirend, während acute Fälle von starker Contraction der Pupille begleitet sind. Bei Basalmeningitis zeigen sie sich oft verengt, häufig finden sich hier *ungleiche* Pupillen. Das gleiche gilt von der epidemischen Cerebrospinalmeningitis und Pachymeningitis hämorrhagica chronica. Diagnostisch sprechen enge Pupillen indess eher für nicht basale Erkrankungen. Im Allg. können die Pupillensymptome bei *diffusen* Erkrankungen des Gehirns von keiner besonderen diagnostischen Bedeutsamkeit sein, so lange die Erscheinungen auf beiden Seiten gleicher Weise auftreten. Ungleichheit der Pupillen lässt uns hierbei schon eher den Schluss zu, dass es sich um meningitisch-exsudative Prozesse *einer* Seite handele, während bei Herderkrankungen und progressiv degenerativen Prozessen nicht nur btr. des Sitzes der Erkrankung, sondern auch des Fortschreitens bei der Prognose in Tumoren, Dementia paralytica, Bulbär-Paralyse. bei multipler Sclorose sie als eines der wichtigsten diagnostischen Hilfsmittel anzusehen ist. In vielen Fällen von Ponsaffectionen fehlen alle Pupillenerscheinungen. Bei Rückenmarksaffectionen, die auf die Weite der Pupille von Einfluss sind, findet sich entweder *Myosis paralytica* als Ausdruck einer verminderten Thätigkeit Seitens des Rückenmarkes oder *Mydriasis spastica* als Reizsymptom, bedingt durch Contraction des Dilatator und der Gefässe unter Einwirkung verstärkter Innervation von Seiten des Sympathicus. — Letztere wird häufig beobachtet bei Spondylarthrocace der Halswirbelsäule, sowie traumatischen Luxationen,doch durchaus nicht constant (kann Ref. für beide Arten bestätigen). Die oft maximale Erweiterung bei Tetanie scheint mit zu den Hauptstützen der Kussmaul'schen Ansicht zu gehören, nach der dem Ursprung dieser Krankheit eine functionelle Erkrankung im Rückenmark mit erhöhter Erregbarkeit dortselbst zu Grunde liegt. *Reflectorische Mydriasis* findet sich im Initialstadium mancher Formen von Tabes zur Zeit der intermittirend auftretenden Schmerzanfälle. — Die *spinale Myosis* ist eine weit häufigere Erscheinung, weil destructive Prozesse im Rückenmark häufiger sind als irritative, so bei myelitischen Erweichungsherden, multipler Sclerose, denjenigen Fällen von Tabes, wo sich die Degeneration nicht auf die Hinterstränge beschränkt. Vincent fand unter 9 Fällen im Anfangsstadium der Tabes 4 mal Dilatation, 4 mal Ungleichheit, 1 mal Myosis; die Reaction auf Licht war 1 mal aufgehoben, 5 mal unvollkommen, 4 mal gut. Die Contraction bei der Accomodation war stets erhalten.

Bei 31 Fällen im 2. Stadium fand sich Ungleichheit 24 mal, Mydriasis 2 mal, Myosis 21 mal (5 mal einseitig, 16 mal doppelt); 26 mal fand auf Licht keine Reaction statt. 14 mal wurde Strabismus, 9 mal Ptosis, 19 mal Amblyopie beobachtet. In der 3. Periode zeigten von 11 Fällen ungleiche Pupillen 3, Mydriasis 3, Myosis 5. Blindheit 7 mal, ein- oder doppelseitige Amblypie 4 mal. — Schliesslich können wir uns Verf. nur in seinem Wunsche als einem dringend empfehlenswerthen anschliessen, die Beobachtung der Pupillenerscheinungen in allen ihren Formen bei Erkrankungen des Hirns und Rückenmarkes häufiger und sorgfältiger gemacht zu sehen, als es bis jetzt der Fall ist.

Nieden (Bochum).

---

55) **Robin Albert,** (Paris): Des troubles oculaires dans les Maladies de l'Encéphale.

(Avec 46 fig. Paris. Baillière 1880. 601 p.)

Auch von französischer Seite erhalten wir in dem vorliegenden Werke eine auf eingehender Literaturkenntniss und einem reichen Beobachtungsmateriale beruhende Bearbeitung des augenblicklich so beliebt gewordenen Capitels über den Zusammenhang der Augenaffectionen mit Gehirnkrankheiten. Nachdem Verf. einleitend des innigen und nahen Connexes zwischen Hirn und Auge gedacht, wonach letzteres als Annex des ersteren, das Sehnervenpaar als eine vollständige Commissur anzusehen ist, geht er auf die Leitungsbahnen über, die die Verbindung zwischen beiden Organen vermitteln und gedenkt der divergirenden Ansichten von Meynert über das gemeinsame Centrum des oculom. und trochlearis und Duval's, welcher 2 nur durch Comissuren mit einander verbundene Kerne dieser Nerven gefunden hat. Die weiter anatomisch festgestellte Verbindung des Kernes des 3. und des 6. Paares erklärt die associirten Bewegungen der Augen. Reizung des Abducens-Kernes bedingt demnach conjugirte Ablenkung der Augen nach der Seite der Verletzung zu, Zerstörung desselben bewirkt die Ablenkung nach der entgegengesetzten Seite (Graux). Verletzungen des Kleinhirns resp. der Bulbärregion bedingen dissociirte Bewegungen der Augen. Betr. der Paralysen der einzelnen Muskelgruppen beobachtete Verf. solche des trochlearis fast allein nach Syphilis (Gumma und Exostose der Schädelbasis) Paralyse sämmtlicher Muskeln beider Augen wurde einmal bei enceph. Erweichung des Vermis inferior constatirt. Des Vorkommens von Paralysen der einzelnen Gruppen wird weiter bei den einzelnen Centralerkrankungen als Tumoren, Tabes, allg. Paralyse, Sclerose, Bulbärparalyse, Meningitis und Hysterie gedacht, und ihr diagnostischer Werth für die Bestimmung des Krankheitsherdes im Gehirn festgestellt. Gleicherweise geschieht in demselben Sinn der conjugirten Abweichung der Augen und des Kopfes bei encephalitischen Erkrankungen Erwähnung wie sie symptomatisch und pathologisch von Graux und Landouzy festgestellt worden. Nachdem dann der Nystagmus und die Pupillarverhältnisse der Iris bei den Erkrankungen des Centralorganes ein-

gehende Erörterung erfahren, kommt er zu dem Schlusse, dass unsere Kenntniss betr. der Verhältnisse der Irisbewegungen noch nicht weit genug ausgebildet seien, um aus dem Verhalten der Pupillen sichere Rückschlüsse auf die Localisation von Herderkrankungen machen zu können (?) — Die sensoriellen Störungen, wie sie einmal durch ophthalmoskopisch nachweisbare Veränderungen an den Papillen des Sehnerven (Stauungspapille, Atrophie) zu constatiren, dann durch Functionsstörungen (Amblyopie, Amaurose, Gesichtsfeldbeschränkung, Farbenblindheit etc.) sich zu erkennen geben, finden des Weiteren eine streng sachlich gehaltene, übersichtliche und eingehende Darstellung, in deren Details einzugehen, dem Leser überlassen bleiben muss, und des Interesses lohnt, besonders für die Neuropathologen das Capitel über Sehstörung bei Aphasie.

Nachdem dann die durch Trigeminusaffectionen hervorgerufenen neuropathisch trophischen Störungen des Auges behandelt sind, denen sich die durch Störungen im Circulationsgebiete des Centralorganes hervorgerufenen Affectionen als Neuro-Retinal-Hyperämien und Anämien, miliare Hämorrhagien, Neurysmen, Panophthalmitiden etc. anschliessen, giebt Verf. eine tabellarische Uebersicht der Symptome der bei den einzelnen Hirn- und Rückenmarksaffectionen vorkommenden Störungen in den Augenfunctionen, sowie der gleichzeitig vorhandenen anderer Körperorgane, um darnach den Werth der Affectionen des Sehorgans für die Diagnose und Prognose der Erkrankungen des Centralnervensystems zu bestimmen. Der darauf folgende Index bibliographic. der Bibliogr. der letzten 3 Decennien lässt an Vollständigkeit und Genauigkeit zu wünschen übrig.

Nieden (Bochum).

---

56) **Rählmann**: Ueber die neuropathologische Bedeutung der Pupillenweite.

(Sammlung klin. Vortr. von R. Volkmann Nro. 185. Leipzig Breitkopf u. Härtel 1880. 12. p.)

Die sehr schematisch gehaltene Abhandlung gipfelt in der Darlegung folgender 11 Sätze:

1. Wird das eine Auge beleuchtet, reagirt seine Pupille auf diesen Lichtreiz nicht, wohl aber consensuell die des anderen Auges, so ist nothwendig der Sehnerv des ersten Auges leitungsfähig, und liegt entweder hier eine Oculomotorius-Lähmung vor, oder die Pupille ist in ihren Bewegungen durch Atrophie, Iritis, Atropin etc. gehemmt. Bei Blindheit des ersten Auges indess wird durch Beleuchtung des zweiten Auges eine sympathisch eintretende Reaction jener Pupille bewirkt.

2. Ist völlige Blindheit vorhanden, und reagiren trotzdem die Pupillen auf Licht (z. B. urämische Amaurose), so liegt die Ursache der Amaurose jenseits der Vierhügel.

3. Reagiren beide Pupillen bei Convergenzbewegungen, so ist zu schliessen, dass beide Oculomotorii zur Pupille leitungsfähig sind. Bei Lähmung des Pupillenastes des Oculom. ist die Pupille immer

erweitert und unbeweglich, meist auch bei completer Ocul.-Parese. Einseitige Parese des Pupillenastes soll stets specifischer Natur sein.

4. Reagiren beide Pup. nicht auf Licht, wohl aber auf Convergenzbewegungen und ist noch rudimentäres Sehvermögen vorhanden, so liegt eine Leitungsunterbrechung in den Meynert'schen Fasern vor, die die corp. quadrig. mit dem Oculom.-Kern verbinden. Diese Form ist eine ungewöhnlich oft bei Krankheit der Centralorgane vorkommende.

5. Die mittlere Pupillenweite hängt ab von der Stärke der Erregung, die auf sensiblen Bahnen und durch psychische Reize im Halsmarke auf den Sympathicus übertragen wird. Bei körperlich geschwächten nervösen Personen, sowie bei Maniakalischen finden sich ungewöhnlich oft weite Pupillen vor, und können enge Pupillen im Aufregungszustande Maniakalischer als ominöses Symptom nachfolgender Paralyse angesehen werden. Bei gleicher Erkrankung findet sich zuweilen auch als Zeichen rhytmisch unterbrochener Innervation im Sympathicus: Hippus der Pupillen eintreten.

6. Enge Pupillen sind charakteristisch für alle Zustände, die eine Herabsetzung der Corticalfunctionen herbeiführen, besonders für Dementia paralytica.

7. Besonders häufig finden sich enge Pupillen bei Erkrankung des Rückenmarks in spec. des Halsmarkes. Neben der spinalen Myosis wird bei Tabes eine charakteristische Reactionslosigkeit gegen Licht beobachtet, während bei Convergenzbewegung normale Verengung eintritt. Gegenüber Vincent beobachtete Verf. ein sehr frühzeitiges Auftreten der Myosis bei Tabes, häufig noch vor dem Auftreten der Motilitätsstörungen.

8. Veränderungen der mittleren Pupillenweite bei erhaltener Reaction hängen ferner ab von den zeitweiligen Innervationen des Sympathicus, z. B. die Pupillenerweiterung bei Hemicranie, der Bleikolik, Ascariden, Morbus Basedowii, während Pupillenverengerung beobachtet wird bei Verletzung resp. Lähmung des peripheren Sympathicus, meist mit leichter Verengerung der Lidspalte derselben Seite complicirt.

9. Weite Pupillen finden sich als characteristische Zeichen behinderter Athmung, Reizung der Sympathicus-Centren der Medulla durch Kohlensäure-Vergiftung, so auch beim Cheyne-Stocke'schen Athemphänomen.

10. Die Pupillen sind erweitert bei starkem Hirndruck, chron. Hydrocephalus.

11. Pupillendifferenz ist ein Beweis von einer unregelmässigen Innervation des Sympathicus. Einseitige Erweiterung der beweglichen Pupillen gilt als ein ominöses Symptom vorhandener Gehirnkrankheiten, während einseitige Lähmung des Pupillenastes des Oculom. ein gewöhnlicheres Vorkommniss ohne weitere Bedeutung ist. Ist einmal die eine, einmal die andere Pupille bei erhaltener Beweglichkeit mydriatisch erweitert, so ist diese Erscheinung von übelster Prognose. Sie ist ferner äusserst empfindlich gegen die geringsten

Adropindosen, übersteht neben vollständig intacter Accomodation, zwei weitere für die Differentialdiagnose wichtige Momente. Nasse fand dieselbe bei Geisteskranken in 64%, Castiglioni in 70%, Wernicke in 15—25%, Verf. bei Paralytikern in 66,6%.

Nieden (Bochum).

---

57) **R. Berlin** (Stuttgart) und **H. Sattler** (Erlangen): Krankheiten der Orbita.

(Gräfe und Jänisch. Handb. d. ges. Augenheilkunde IV. 2. p. 504—1024. Leipzig. Engelmann. 1881.)

In dem Schlussbande the last not the least, giebt Berlin eine Uebersicht der Erkrankungen der Orbitalgebilde, die in mannigfacher Beziehung im engsten Connex mit Affectionen der Schädelhöhle stehen (Teuritin bei Meningitis, Thrombose der venae opthal. und des Gehirnsinus, Orbitalblutungen in ihren symptom. Bedeutung für die Diagnose der Basalfracturen etc.). Noch grösseres Interesse wird für den Neuropathologen das mit einer Gründlichkeit und Ausführlichkeit wie nie zuvor behandelte Capitel der directen, fortgesetzten und indirecten Fracturen des Orbitaldaches mit allen ihren Complicationen haben, an das sich eine kürzere Behandlung der Tumoren anschliesst.

Sattler's Fortsetzung zeichnet sich in den beiden Capiteln „pulsirender Exophthalmus“ und „Morbus Basedowii“, die beide aufs engste in das Gebiet der Cerebral- und allgemeinen Nervenpathologie hineingreifen, durch gleiche Gründlichkeit, Klarheit der Darstellung und kritische Behandlung des Gegenstandes aus. In die Details des reichen Inhaltes einzugehen, muss dem Interesse des Lesers überlassen werden.

Nieden (Bochum).

---

58) **Ray**: The Isolation of Persons in Hospitals of the Insane.

(The Alienist and Neurologist Vol. I. Nro. 4. p. 449—466.)

Die vorliegende Mittheilung hatte Verf. für weitere als medicinische Kreise bestimmt und bereits 1879 zu Philadelphia in einer Gesellschaft vorgetragen. Er bespricht unter der „Isolirung von Personen in Irrenanstalten“ die Unterbringung in letztere überhaupt, will aber im Besonderen die damit verbundene „Freiheitsberaubung“ hervorheben, die besonders dem Amerikaner als ein Verstoss gegen die unveräusserlichen Menschenrechte erscheinen muss. Um einem Missbrauch dieser „Freiheitsberaubung“ vorzubeugen, hält er das in Pennsylvanien bestehende Gesetz für das beste, nach dem die Aufnahme einer Person in eine Irrenanstalt erfolgen kann, wenn der gesetzliche Vormund, ein Verwandter oder ein Freund den Antrag stellt, und zwei Aerzte die eidliche Versicherung geben, dass der Aufzunehmende geisteskrank ist. Den Vorwurf, dass damit die Freiheit Jemandes der Willkür eines oder zweier Doctoren preisgegeben sei, die auf eine oder die andere Weise beeinflusst sein könnten, weist er energisch zurück und legt dar, wie viel weniger Garantie gegen Willkür irgend ein anderer Aufnahmemodus bietet.

R. wendet sich dann gegen die andere aus derselben Quelle des allgemeinen Misstrauens hervorgegangene, oft ausgesprochene Besorgniss, es möchten in den Anstalten Kranke zurückgehalten werden, die entweder nie krank gewesen sind, oder solche, die nicht mehr krank sind, oder endlich solche, die wohl noch krank sind, aber ebensogut ohne Beschränkung existiren könnten: Man möge, ist vorgeschlagen, eine Commission ernennen, welche die Anstalten in dieser Hinsicht revidire. Dagegen beweist nun R. wie eine Untersuchung all der sich als nicht krank meldenden Kranken überhaupt unmöglich sein würde; er fügt hinzu, dass weder er noch andere Aerzte noch endlich die seit mehr als 40 Jahren in England bestehende Commission dieser Art je einen Nicht-Kranken in den Anstalten entdeckt haben. Er warnt vor dem nachtheiligen Einfluss einer solchen Commission, die einen Arzt veranlassen kann, aus Furcht vor einer langwierigen und unliebsames Aufsehen erregenden Untersuchung Kranke zu entlassen, die in der Reconvalescenz sind, von denen aber nur er beurtheilen kann, wie sehr ihnen die zu frühe Entlassung schaden wird; oder er entlässt aus demselben Grunde Kranke die vollkommen gesund erscheinen sich aber in der Freiheit sofort als höchst gemeingefährlich erweisen. Stets sollte für diese Fälle und in dieser Sache das Urtheil des Fachmannes allein massgebend sein.

Die Einsetzung einer derartigen Commission, bloss um das allgemeine Misstrauen des Laien gegen Irrenanstalten zu beseitigen verwirft Verf., schon weil das Bestehen der Commission in England sich in dieser Richtung als nutzlos erwiesen hat.

Waehner (Creuzburg).

---

59) **Scholz** (Bremen): Ueber primaere Verrücktheit.

(Berl. Klin. Wochenschrift, 1880, Nr. 33.)

Verf. unterscheidet zwei Hauptgruppen: 1. die originäre Verrücktheit; 2. die hallucinatorische Verrücktheit (Wahnsinn). Die erstere betrifft ausschliesslich ein organisch belastetes Gehirn und ist häufig erblich.

Ein Gehirn ist organisch belastet, 1) wenn in der Ascendenz oder Descendenz des betreffenden Individuums entweder Geisteskrankheit oder abnormer Reactionsmodus des Gehirns beobachtet ist; 2) durch Traumen im Fötalleben oder in den ersten Lebensjahren; 3) durch Krankheiten, die die Entwickelung des Gehirns hemmend beeinflussen.

Ein so organisch belastetes Individuum zeichnet sich aus durch die verschiedensten Charactereigenthümlichkeiten und durch einen krankhaften Subjektivismus. Bei ausgebrochener Krankheit heben sich von diesem abnormen Hintergrunde als prädominirendes Merkmal die Wahnideen aber, aus denen weiterhin auf dem Wege der Reflexion und Logik ein Wahnsystem entsteht. Der Wahninhalt entspricht häufig gewissen Charaktereigenthümlichkeiten; nur selten kommt es später zu einer Transformation desselben. Der krank-

hafte Affekt geht aus den Wahnideeen hervor; er ist hier das Secundäre im Gegensatze zu den emotiven Psychosen, bei denen er primär entsteht. Die ersten Wahnideeen treten zu Tage ohne logische oder sensorielle Nöthigung; wir sind zur Erklärung ihrer Entstehung beschränkt auf die hypothetische Annahme von abnormem Reactionsmodus der Moleculär-Elemente des Gehirns auf äussere Reize. Für den Verlauf der orig. Verrücktheit ist characteristisch: 1) die Stabilität des Leidens; 2) die Kranken imponiren häufig nach aussen als völlig Gesunde; 3) sie verfallen niemals in secundären Blödsinn, es bleibt vielmehr der logische Mechanismus des Intellekts dauernd intact.

Zu dieser Grnppe sind zu rechnen: die primäre Verrücktheit mit Verfolgungsideen, bei welcher Hallucinationen und Sensationsanomalien auftreten; ferner der Querulantenwahnsinn, die religiöse Verrücktheit und Erotomanie des weiblichen Geschlechts, die primäre Verrücktheit mit Zwangsvorstellungen (Zwangshandlungen), die Agoraphobie, die Grübelsucht, die Folie du doute double avec delire du toucher.

Die zweite Hauptgruppe: die primäre hallucinatorische Verrücktheit, zum Unterschiede von der ersten besser halluc. Wahnsinn genannt, betrifft ausschliesslich rüstige, gesunde Gehirne, ferner kommen die Wahnideen nur durch Vermittlung von Hallucinationen zu Stande; der Verlauf ist meist ein stürmischer, gewaltige Affekte aufwühlender; das Leiden endet oft mit Genesung. Ein typisches Bild ist das Delirium tremens, namentlich in seiner protrahirten Form; ferner finden wir es häufig in der Reconvalescenz nach acuten fieberhaften Krankheiten, bei denen durch abnorme Blutvertheilung (Anaemie, Hyperaemie des Labyrinths, der Retina etc.) abnorme Sinnesreize entstehen, die dann in dem gleichfalls (vielleicht durch Anämie) geschwächten Gehirne zu Halluc. umgeformt werden, welche dann durch fortgesetzte Fälschung des Bewusstseinsinhaltes Wahnideen hervorrufen.

Der krankhafte Sinnesreiz muss jedoch nicht immer zu Halluc. führen; er kann vom Intellekt erkannt und richtig gestellt werden. Es hängt viel ab von der Quantität und Qualität des Reizes, von der Entfernung desselben vom Gehirn, von dem Zustande dieses selbst.

Betreffs der Entstehung der Hallucinationen ist Verf. der Ansicht, dass sie nie im Centralorgan entstehen können, es könnten in demselben überhaupt keine Sinnesbilder (die Nachbilder, Erinnerungsbilder schliesst er hierbei aus) ohne peripheren sensoriellen Reiz entstehen. Für die periphere Entstehung der Hallucinationen seien schon zahlreiche Beweise gegeben durch die veröffentlichten Fälle (Koeppe) in denen für die Hallucination eine periphere Erkrankung in dem entsprechenden Sinnesorgan gefunden wurde.

Stenger (Dalldorf).

60) **Russell**: A case of General Paresis.

(The Alienist and Neurologist vol. 1. Nr. 4. pag. 501—508.)

Der in seinem Verlauf ausführlich geschilderte Fall allgemeiner progressiver Paralyse, betrifft einen 59jährigen Mann, der sich vom wenig Bemittelten zum mehrfachen Millionär emporgearbeitet hatte. Die Section ergab als wesentlichen mascroskopischen Befund: Schwund der Stirnwindungen; eine chronische Leptomeningitis über Stirn-, Schläfen- und Scheitellappen; 17 kleinere unregelmässig zerstreute Extravasate unter der Pia; beim Abziehen der Pia folgte an mehreren Stellen, und zwar ausschliesslich an der Convexität des Gehirns Rindensubstanz; die so entstandenen Substanzverluste correspondirten nicht mit jenen Extravasaten.

Die mikroskopische Untersuchung (von Webber) ergab: In dem Stirnlappen mehr als in den motorischen Bezirken fand sich um die Gefässe herum ein körniges Pigment und starke Pigmentirung vieler sowie Verfettung einzelner Zellen. In den Windungen um das centrale Ende der Fissura Rol. fanden sich Amyloidkörperchen und starke Pigmentirung der Zellen; endlich an einzelnen Stellen unter der Pia, besonders wo diese getrübt war, Ansammlungen weisser Blutkörperchen.

Es ist wohl zu erwähnen, das der bei der Section mit anwesende Dr. Fischer jene Extravasate als vielleicht post mortem und zwar als bei der Herausnahme des Gehirns entstandene bezeichnet.

Waehner (Creuzburg).

---

61) **Morselli e Angelucci**: Parere medico-forense sullo stato mentale di un uxoricida.

(Riv. sperm. di fren. et med. leg. A. VI. 1880 f. I. et II.)

Am 25. December 1878 stellte sich in *Ancona* ein Matrose freiwillig dem Gerichte, mit der Angabe, er habe in der vergangenen Nacht in dem benachbarten Orte *Porto-Recanati* seine Frau ermordet.

In den Akten über die daraufhin eingeleitete Untersuchung finden sich in Bezug auf das Vorleben des Inculpaten nachfolgende Angaben: Er war im Jahre 1836 geboren und stammte aus einer Familie in der Geistesstörung nicht vorgekommen war. Er selbst entwickelte sich in seiner Jugend körperlich kräftig und robust, geistig aber wie es scheint nicht ganz normal. Er war ausserordentlich leicht reizbar und derart arbeitsscheu, dass er durch kein Mittel zu einer geregelten Beschäftigung zu bringen war. Sein sonderbares Wesen war auch seiner Umgebung derart aufgefallen, dass man ihm den Beinamen „matto di Carlo“ beilegte.

Im 24. Jahre heirathete er, von da an überwand er seine Unlust zur Arbeit und widmete sich sogar mit Eifer der Fischerei. Mit dem Anwachsen der Familie reichte der damit gewonnene Ertrag nicht mehr aus, er liess sich desshalb 1871 als Matrose einschreiben und war von da an mehrfach auf lange Zeit vom Hause fort, während seiner Frau die Erhaltung der Familie allein oblag. Im Jahre 1876 musste er in Peru einer Krankheit wegen ausgeschifft werden,

es lässt sich nicht mehr genau ermitteln, was ihm damals gefehlt hat, doch liegt die Aeusserung eines Kameraden vor, er sei damals verrückt gewesen, leider ist dieser Kamerad eben auch wieder auf langer Fahrt abwesend und kann desshalb nicht vernommen werden. Das Jahr 1877 und etwas darüber brachte der Inculpat bei seiner Familie zu, aus den Akten ist leider nicht ersichtlich, ob damals eine Veränderung seines psychischen Verhaltens an ihm bemerkt wurde. Ebenso fehlen diesbezügliche Angaben über die Zeit vom April bis December 1878, während er wieder zur See war.

Am 22. December traf er von seiner letzten Reise bei seiner Familie ein, am selben Abend noch zeigte er seiner Frau einen Revolver, mit der Bemerkung, dass er für sie bestimmt sei, welche Drohung von ihr schweigend hingenommen wurde. Am 24. December, also einem Tage, der auch in Italien als Familien-Festtag gilt, liess er sich am Abend allein sein Essen auftragen, beklagte sich dann über Kopfweh und schickte seine Frau um ein Mittel dagegen zu holen. Ohne deren Rückkunft abgewartet zu haben ging er in ein Wirthshaus, in dem einige seiner Bekannten spielten; dort blieb er nicht lange, weil er sich beleidigt glaubte, kehrte, ohne jedoch vielleicht viel getrunken zu haben, nach Hause zurück und verzehrte die Reste seiner Malzeit. Dann zog er den Revolver aus der Tasche und zielte damit, ohne ein Wort zu äussern auf seine Frau, wie diese entfliehen wollte, fasste er sie beim Arm, drängte sie gegen einen Kasten und jagte ihr alle 6 Schüsse des Revolvers durch den Leib. Seinem Sohne, der Zeuge der ganzen Scene war, ohne etwas dagegen thun zu können, sagte er dann, wenn er ein Wort gesprochen hätte, würde er ihn auch erschossen haben. Dann ging er fort, irrte die ganze Nacht umher um sich am nächsten Morgen selbst der Behörde zu stellen.

Auf die Frage, warum er seine Frau getödtet habe, gab er an, sie habe sich schon bald nach der Hochzeit der Prostitution ergeben und habe eine Unmasse Liebhaber gehabt, ja er habe sie sogar einmal mit ihrem leiblichen Bruder im Bette angetroffen. Alles dieses sei ganz offenkundig gewesen und man habe ihn allenthalben desshalb verspottet. Die Liebhaber seiner Frau hätten aber auch beabsichtigt gehabt, ihn zu ermorden, so, dass er in beständiger Todesangst habe leben müssen. Da habe er denn beschlossen, nachdem er es nicht mit allen gleichzeitig habe aufnehmen können, die letzte Ursache des ganzen Treibens, seine Frau, aus dem Wege zu schaffen, um so den andern zuvor zu kommen. Abgesehen von der sicheren Unwahrscheinlichkeit dieser Angaben über seine Frau, waren alle Zeugen darin einig, dass diese nicht nur zu allen diesen Schändlichkeiten unfähig, sondern geradezu eine musterhafte Gattin und Mutter war.

Eine mehrmonatliche Beobachtung in einer Irrenanstalt ergab keine neuen Gesichtspunkte, nach dem Verhalten des Inculpaten liess sich auch Simulation ausschliessen. Die Verf. die als Sachverständige fungirten, fassten ihr Gutachten dahin zusammen, dass der Inculpat von Geburt an an einer geringgradigen Schwäche seiner geistigen Fähigkeiten gelitten habe und derzeit noch leide,

dass er wahrscheinlich einige Zeit vor der That eine schwere Geistesstörung durchgemacht habe, die That selbst jedenfalls aber in einem Zustande begangen habe, welcher die volle Zurechnungsfähigkeit ausschliesst.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

II. Verschiedene Mittheilungen.

62) Aus Dorpat. Der Jahresbericht der Universität pro 1880 theilt mit, dass auf Allerhöchsten Befehl zum Ankauf eines Hauses für die Irrenabtheilung 49000 Rubel und zum Unterhalt dieser Abtheilung für die ersten 4 Jahre 8000 Rubel aus dem Reichsschatz bewilligt worden sind. In der Abtheilung der therapeutischen Klinik für Geisteskranke wurden 24 Personen stationär behandelt.

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 Mark. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 Mark freie Station. 3) Halle a. Saale, II. Volontärarzt, 1050 M. fr. Station. 4) Owinsk (Posen) Assistenzarzt, 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 5) Leubus, a. Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat; b. dritter Arzt, sofort, 1200 M., freie Station. 6) Marsberg, a. Volontairarzt sofort, 600 M., freie Station; b. Assistenzarzt, 1. März 1881, 1200 M., freie Station, für Beide Bedingung: kath. Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 7) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 Mark, fr. Stat. 8) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1. Februar 1881 1200 M., fr. Stat. 9) Sorau (brandenb. Land es-Irrenanstalt) a. Director; b. Volontairarzt, sofort, 450 + 600 M. fr. Sat. 10) Grafenberg (Düsseldorf), Volontairarzt sofort; 600 M., fr. Stat. 11) Sonneberg (Thür.) Wasserheilanstalt, Assistenzarzt, März; 125 M. pro Monat, fr. Stat. 12) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Creutzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Hoya (Hannover), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Minden (Minden), Ortelsburg (Königsberg i. P.), Osterode (Königsberg), Ottweiler (Trier), Sensburg (Gumbinnen), Samter (Posen), Schönau (Liegnitz), Stuhm (Marienwerder), Warburg i. W. (Minden), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Besetzte Stellen. Nassau (Wasserheilanstalt), Assistenzarzt: Herr Dr. Gergens, bisher Kreisarzt in Molsheim i. E. Schwetz (Westpreuss. Prov Irren-Anstalt) Volontairarzt: Herr cand. med. Hugo Basler aus Breslau.

IV. Anzeigen.

V. Briefkasten der Redaction.

Dr. Schäfer in Pankow, Dr. de Watteville in London, Dr. Marc in Elgersburg: Der I. Jahrgang des Centralblattes ist vollständig vergriffen und verfügen wir über kein vollzähliges Exemplar mehr. Im Gegentheil wir würden complete Exemplare gerne ankaufen. Der II. Jahrgang ist durch Postbestellung und im Buchhandel zu haben. — Dr. Grosser in Prenzlau: Besten Dank. — Dr. Hauptmann in Gleiwitz: Haben Sie das H.'sche Buch erhalten? zu referiren ist nur ein Capitel. — Dr. Stenger in Dalldorf u. A.: Separatabdrücke brauchen nicht zurückgesandt zu werden. —

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. 1. **März** 1881. **Nro. 5.**

INHALT.

I. Referate.

63) **Gombault** (Paris): Contribution a l'étude anatomique de la névrite parenchymateuse subaiguë et chronique. — Névrite segmentaire péri-axile.

(Travail du laboratoire d'anatomie pathologique de la faculté. Archives de Neurologie 1880. Nr. 1 und 2.)

Die anatomischen Untersuchungen auf dem Gebiete der Nervenpathologie waren während des letzten Decenniums mit Vorliebe, wenn auch nicht exclusiv auf das Centralnervensystem gerichtet;

das periphere Nervensystem blieb mehr oder weniger vernachlässigt. Erst in letzterer Zeit wendete man sich wieder mit erhöhtem Interesse dem Studium der anatomischen Erkrankungen der peripheren Nerven zu. Es muss daher jeder diesbezügliche Beitrag, der unsere Kenntnisse zu erweitern geeignet ist, mit Freude begrüsst werden, und dies gewiss umsomehr, wenn er von einem so hervorragenden Histologen wie dem in der Ueberschrift Genannten geliefert wird. Gombault sucht in der vorliegenden Arbeit auf experimentellem Wege den Beweis zu erbringen, dass der entzündliche Process an den peripheren Nerven, wie er in spontaner Weise oder nach Einwirkung gewisser Schädlichkeiten, als Traumata etc. oder endlich im Gefolge mancher *chronischer* Erkrankungen der Vordersäulen des R.-M. auftritt, während seines ganzen Verlaufes sich histologisch wesentlich unterscheidet von den Veränderungen, die nach Nervendurchschneidungen im peripheren Nervenstücke zur Beobachtung gelangen und die als Waller'sche Degeneration bekannt sind. Er stützt sich hierbei auf die Ergebnisse der histologischen Untersuchung der peripheren Nerven bei Meerschweinchen, die einer langsamen Bleiintoxication ausgesetzt waren. Den Versuchsthieren wurden nämlich in gewissen Zeitintervallen mit dem Futter kleine Quantitäten von Bleiweiss einverleibt, wodurch es gelang, die Thiere 6—8 Monate am Leben zu erhalten. Obgleich dieselben während dieser Zeit keine eigentliche Lähmung darboten, so zeigten sich doch die peripheren Nerven in ihrer Struktur tief geschädigt. Die Läsion charakterisirt sich hauptsächlich dadurch, dass meistens nur einzelne und zwar gewöhnlich zu Bündeln geordnete Fasern erkrankt sind, zwischen denen nicht selten ganz gesunde gefunden werden, ferner, und dies ist das essentielle, dass die Läsion an ein und derselben Nervenfaser discontinuirlich auftritt, dass sie gewisse interannuläre, von den bekannten Ranvier'schen Einschnürungen begrenzte Segmente mit Ausschluss anderer befällt, so dass man gewöhnlich an einer Fibrille zwei oder mehrere distincte erkrankte Segmente sieht, die durch vollkommen gesunde Abschnitte von einander getrennt und sowohl nach oben wie unten in solche übergehen. Wenn auch in der Regel das interannuläre Segment in seiner ganzen Länge erkrankt (totale segmentäre Läsion), so befällt die Läsion ein anderes Mal doch mit Vorliebe nur einzelne Strecken desselben (circumscripte segmentäre Läsion) — sehr selten erstreckt sie sich in continuo über zwei benachbarte Segmente. Die Läsion ist weiters dadurch ausgezeichnet, dass sie nur die Schwann'sche und Markscheide einnimmt — während der Axencylinder seine Continuität bewahrt. Histologisch characterisirt sie sich durch: Verbreiterung der Faser, feine Granulirung der Markscheide, entweder in ihrer ganzen Dicke oder nur in der äusseren Partie — massige Zunahme des körnigen polaren Protoplasma's und lebhafte Kernproliferation an der Schwann'schen Scheide. An jenen Stellen, wo die Markscheide unterbrochen ist, zeigt sich ein mit Carmin sich roth färbender Streifen mit einer deutlichen longitudinalen Streifung, der in dem Maasse auf längere Strecken sichtbar wird, in welchem die Markscheide beim Fortschreiten des Prozesses auf

dem Wege der Resorption verschwindet, und der nichts anderes ist als der in seinem Ansehen mehr oder weniger veränderte oft hypervoluminöse, in seiner Continuität aber nirgends unterbrochene Axencylinder. In einer vorgeschrittenen Periode verschwindet die Markscheide ganz; desgleichen auch die Kerne und besteht die Faser dann nur aus dem Axencylinder und der Schwann'schen Scheide. Gleichzeitig hat sie ein bandartiges Aussehen erhalten. Der Uebergang solcher Gestalt veränderter Segmente der Nervenfaser in die benachbarten gesunden Theile erfolgt ganz plötzlich und unvermittelt. Durch die angeführten histologischen Charaktere dokumentirt sich die quäs. Läsion als ein Entzündungsprozess, den Verf. mit dem Namen „*segmentäre peri-axiläre Neuritis*" belegt. Die Ausgänge dieser Neuritis sind entweder der in Restitution oder völligen Untergang der Faser. Im ersteren Falle bildet sich allmählig um den Axencylinder und zwar an den zuerst erkrankten Stellen eine dünne, scharf conturirte normal aussehende Myelinscheide, die allmählig an Dimension gewinnt, während parallel damit die zahlreichen Kerne verschwinden. Sowie die Entwicklung und Ausbreitung des Prozesses im interannulären Segmente einem Gesetze zu folgen scheint, nach dem das eine Ende früher befallen wird als das andere und weiteres beide früher als das mittlere Stück — so beginnt auch der Restitutionsprozess wahrscheinlicher Weise an den zuerst erkrankten Stellen. Durch das auf Segmente localisirte und disseminirte Auftreten, die Persistenz des Axencylinders sowie endlich durch den eigenthümlichen Restitutionsmodus unterscheidet sich dieser Prozess wesentlich von der Waller'schen Degeneration. — Schickt sich aber in seltenen Fällen der Prozess nicht zur Restutition an, sondern schreitet er vor, so kommt es zu einem stärkeren Hypervoluminöswerden des Axencylinders, endlich zu einer Ruptur desselben und folglich zu einer völligen Unterbrechung der Nervenfaser an irgend einer Stelle. Diese Unterbrechung hat natürlich in den unterhalb der Unterbrechungsstelle gelegenen Faserpartien eine wahre Waller'sche Degeneration mit allen ihren charakteristischen Merkmalen zu Folge.

Verf. beobachtete die segmentäre peri-axiläre Neuritis auch am Menschen, so in einem Falle von amyotrophischer Lateralsclerose und bei traumatischer Neuritis, doch übertraf hier stets die Zahl derjenigen Nervenfasern, welche Zerstörung des Axencylinders und in Folge dessen das Bild der Waller'schen Degeneration darboten bei Weitem jene mit segmentären peri-axilären Veränderungen. Verf. nimmt an, dass diese beiden Formen von parenchym. Neuritis häufig nur die Wirkung einer und derselben Ursache und zwar nur die aufeinanderfolgenden Phasen *eines* Krankheitsprozesses seien. Die die W. Degen. zeigenden Fasern beweisen nichts anderes, als dass in ihnen die ursprünglich rein peri-axiläre Entzündung an einem Punkte intensiv genug war um eine Ruptur des Axencylinders i. e. eine vollständige Unterbrechung der Fasern herbeizuführen. So wie die peripheren Nerven in Folge örtlicher Reizungen so können sie auch in spontaner Weise der Sitz einer parenchymatoesen Neuritis mit dem ganzen Heer der bekannten „trophischen" Störungen

werden, ohne dass die Function der trophischen spinalen Centren suspendirt wäre.

Bei den im Gefolge von *chron.* Poliomyelitis auftretenden Veränderungen der peripheren Nerven supponirt Verf. mit Charcot, dass der irritative Prozess in den Ganglienzellen der Vorderhörner auf dem Wege des Axencylinders an der Peripherie Reizmomente setze, wodurch es daselbst zu neuritischen Veränderungen komme, so dass es sich auch hier um einen activen Irritationsvorgang und nicht um einen rein passiven Degenerationsprozess handelt, etwa bedingt durch eine stetig zunehmende Verminderung der trophischen Thätigkeit der multipolaren Ganglienzellen — oder wie etwa in dem peripheren Stücke eines durchschnittenen Nerven. Die von den meisten Autoren übereinstimmend gemachte Angabe, dass in den Fällen von chronischen Amyotrophien (bei Spinalaffektionen) die Läsionen der Nerven an ihren peripheren Endverzweigungen viel stärker ausgesprochen seien, als in der Höhe der vorderen Wurzeln, steht mit dieser Ansicht durchaus im Widerspruche und widerlegt nicht die primäre spinale Ursache derselben. Aehnlich wie beim Versuchsthier befällt nämlich auch beim Menschen die peri-axiläre Neuritis — somit auch ihr möglicher Ausgang in *völlige Unterbrechung* des Axencylinders i. e. der Faser stets nur einzelne Fasern eines Nervenstammes in verschiedenen Höhen. Wird nun in centrifugaler Richtung allmählig eine immer grössere und grössere Anzahl von Nervenfasern von der *Unterbrechung* ereilt, so müssen nothwendiger Weise gegen die Peripherie zu die von der Waller-schen Degen. befallenen Fasern am zahlreichsten sein.

Es mag noch erwähnt werden, dass die histol. Untersuchung der der Bleiintoxication ausgesetzten Meerschweinchen vollständig intacte sensible Nerven und Wurzeln und von Seite des R.-M. eine evidente, ausschliesslich auf die Vorderhörner beschränkte Läsion ergab, indem die multipolaren Ganglienzellen in grosser Zahl Vacuolenbildung zeigten. In der Neuroglia und den Gefässwänden nur spärliche Anhäufung von Kernen. In den peripheren Nervenstämmen das interfasciculäre Bindegewebe sowie die Capillaren mit deutlichen entzündlichen Veränderungen. Die Muskelfasern verschmälert.

Der Arbeit sind sehr instructive chromolith. Tafeln zur Illustration beigegeben.

Müller (Graz).

---

64) **Golgi C.** (Pavia): Ricerche istologiche sul midollo spinale (Histologische Untersuchungen über das Rückenmark).

(Ber. über den 3. Congress ital. Irrenärzte in Reggio-Emilia 1880. Riv. sper. di fren. VI. B.)

Alle Ganglienzellen des Rückenmarkes ohne Ausnahme besitzen einen Fortsatz, welcher sich durch sein physikalisch-chemisches Verhalten von den übrigen Fortsätzen unterscheidet, und welcher einzig und allein die Zelle mit den Nervenfasern in Verbindung bringt — den *Nervenfortsatz.* — Die Ganglienzellen des Rückenmarkes

sind daher in functioneller Beziehung, alle monopolar. Die sogenannten Protoplasmafortsätze lassen in keiner Weise, weder direct, noch indirect, Nervenfasern entspringen; sie stellen wahrscheinlich nur die Wege dar, auf welchen das Ernährungsplasma von den Blutgefässen und Bindegewebszellen in die Nervenzellen diffundirt.

So verschieden sich auch die Ganglienzellen bezüglich der Zahl und Vertheilung der Protoplasmafortsätze verhalten, so sind diese Unterschiede doch secundärer Natur, und abhängig von den Entwicklungsverhältnissen. Bezüglich des Verhaltens des Nervenfortsatzes (Axencylinderfortsatz) hingegen lassen sich zwei Haupttypen unterscheiden:

1. Der Nervenfortsatz löst sich in feines (diffuses!) Nervennetz auf (Zellen der Substantia gelatinosa, die meisten eigentlichen Hinterhornzellen, und einzelne zerstreute Zellen, welche sich zwischen Hinter- und Vorderhörnern finden).

2. Der Nervenfortsatz behält, wenn er auch einzelne feine Fibrillen absendet, seine Selbstständigkeit, und geht direct in den Axencylinder einer Nervenfaser über (fast alle Vorderhornzellen, einzelne Zellen der Hinterhörner und der mittleren Gegenden der grauen Substanz).

Die Ganglienzellen der ersten Art stellen demnach wahrscheinlich den sensorischen, die der zweiten Art, den motorischen Typus dar.

In der grauen Substanz des Rückenmarkes findet sich überall ein feines Nervennetz, an dessen Bildung folgende Factoren theilnehmen:

1. Fasern, welche aus der fortgesetzten Theilung des Nervenfortsatzes der sensorischen Ganglienzellen entstehen.

2. Fasern der hinteren Nervenwurzeln, welche sich ebenfalls wiederholt theilen.

3. Fasern, welche aus den Nervenfortsätzen der motorischen Zellen stammen.

4. Fasern, die aus den Axencylindern der in den verschiedenen Rückenmarkssträngen verlaufenden Nervenfasern entspringen.

In der vorderen Commissur verlaufen Nervenfortsätze sowohl aus den Vorder- und Hinterhörnern, als auch aus der intermediären centralen Zone um in die entgegengesetzte Rückenmarkshälfte zu gelangen.

Golgi hat auch die als motorische und sensorische Zone bezeichneten Regionen der Grosshirnrinde bezüglich etwaiger anatomischer Differenzen untersucht, und einen durchgreifenden Unterschied nicht constatiren können; allerdings finden sich in der motorischen Zone mehr Ganglienzellen vom zweiten Typus, in der sensorischen Zone hingegen mehr Zellen der ersten Art.

Leider ist aus der nicht umfangreichen Mittheilung nicht ersichtlich, in welcher Weise Golgi seinen von den üblichen Anschauungen in so vielen Cardinalpunkten abweichende Theorie begründet.

Obersteiner (Wien).

65) **Marmonier** (Paris): Diagnostic différentiel des Myélites.
(Paris, Masson. 1880. pag. 189. 4 Mk. 40.)

Die grossen Fortschritte, welche die Lehre von den Rückenmarkskrankheiten vornehmlich in dem letzten Decennium gemacht hat, die Aufstellung vieler neuer durch pathologisch-anatomische Untersuchungen mehr oder weniger gesicherter autonomen klinischen Krankheitsbilder haben gewiss für den praktischen Arzt das Bedürfniss nach einer concisen und übersichtlichen Darstellung der Phaenomenologie derselben wachgerufen, — wie solche Bearbeitungen in anderen klinischen und pathologischen Disciplinen schon lange existiren —, um im gegebenen Falle sich cito und certo zu orientiren und die Diagnose zu stellen oder wie Griesinger sich einst ausdrückte, um in praxi ein vorliegendes Exemplar wie den Vogel an seinen Federn zu erkennen d. h. dessen Namen zu erfahren.

Von verschiendenen Autoren so von Rosenthal bei uns, von Gowers in England wurde diesem praktischen Bedürfnisse Rechnung getragen und zwar in mehr oder weniger glücklicher und befriedigender Weise. M. bearbeitet in der vorliegenden Broschüre für seine Landsleute das gleiche Thema, die Differenzialdiagnose der Rückenmarkskrankheiten in ausführlicher und vor Allem übersichtlicher Weise, indem er meistens — leider aber nicht überall den klaren und lichtvollen Charcot'schen Ausführungen folgt.

Nach Vorausschickung eines sehr summarischen Resume's des einschlägigen anatomischen und physiologischen Theiles und der pathologischen Erscheinungen von Seite der Medulla spinalis im Allgemeinen bespricht Verf., indem er Vulpian's Eintheilung der Rückenmarkskrankheiten in systematische und diffuse Myelitiden adoptirt, zuerst erstere, beginnend mit der am besten gekannten dieser Art, mit der Tabes. In übersichtlichen Tafeln werden die Symptome derselben anderen ihr mehr oder weniger nahestehenden Krankheitsformen gegenüber gehalten um die Differenzialdiagnose zu ermöglichen. Doch bedarf diese Darstellung der Symptomatologie nach des Ref. Ansicht, einer wesentlichen Emendation; so ist dem Verf. die hohe Dignität des Fehlens des Patellarreflexes bei Tabes vollständig fremd — da das Westphal'sche Phaenomen mit keinem Worte erwähnt wird. Ja pag. 23 heisst es sogar: bei der Tabes sind im 2. Stadium die Reflexe nicht geschädigt (intégrité des mouvements réflexes). Ueberhaupt scheint dem Verf. der „Reflex rotulien" (Patellar-R.) gänzlich unbekannt zu sein, da er selbigen nirgends auch später nicht anführt. Auch die hereditäre Ataxie findet keine Berücksichtigung. — Die viel bestrittene Lateralsclerose wird als eine Krankheit sui generis hingestellt und ihre Unterscheidungsmerkmale von anderen secundären und nicht systematischen Affectionen hervorgehoben.

Es folgt dann die differenzialdiagnostische Besprechung der amyotrophischen Lateralsclerose und der verschiedenen Formen von Poliomyelitis (die wichtigen Ergebnisse der galvanischen Exploration als: Entartungsreaction etc. sind nicht berücksichtigt. Ref.). Die Diagnose der progressiven Muskelatrophie (Duchenne-Aran-

'sche Typus) wird in eingehender Weise sicher zu stellen gesucht gegen alle Amyotrophien, die eventuell zur Verwechselung Veranlassung geben könnten.

Mit der Bulbärparalyse schliesst der erste Theil der Schrift.

Der zweite befasst sich mit den diffusen, acuten und chronischen Myelitiden, deren Schluss die multiloculäre Sklerose bildet.

Müller (Graz).

---

66) **Obersteiner** (Wien): Eine eigenthümliche Sensibilitätsstörung bei Neurosen.

(Vortrag, gehalten in der k. k. Gesellschaft der Aerzte. Wiener med. Wochenschrift. 1880. Nro. 51.)

Im Laufe der letzten Zeit sind in Folge genauerer und eingehenderer Exploration der Sensibilitätssphäre bei Nervenkranken nicht bloss für die Nervenpathologen sondern auch für die Physiologen höchst wichtige Beobachtungen verzeichnet worden. So macht Obersteiner auf eine bisher wenig beachtete Sensibilitätsstörung aufmerksam, für die er den Namen *Allocheirie* vorschlägt. Dieselbe besteht im Wesentlichen darin, dass die Individuen trotz guter Localisationsfähigkeit, vermöge welcher sie die gereizte Stelle — was ihre Höhenlage anlangt, genau anzugeben wissen, über die gereizte Körper-Seite aber vollständig im Unklaren sind, so dass sie rechts und links verwechseln, obwohl ihnen beide Begriffe vollständig geläufig sind. O. beobachtet ediese laterale Verwechslung der Reizstelle bei 4 Individuen.

Bei einem Tabiker und einem Manne mit traumatischer Myelitis, der zur Nekropsie kam, konnte die Allocheirie zu wiederholten Malen, doch nicht zu allen Zeiten konstatirt werden. In einem 3. Falle zeigte sich „die Verwechslung der Seiten“ nur, wenn die Nadel langsam, nicht aber wenn sie rasch eingestochen wurde. Diesen 3 Fällen mit nur *episodischer* Allocheirie aus *spinaler* Ursache reiht Obersteiner einen Fall mit Chorea major bei einem 13jährigen hysterischen Mädchen an, das das in Frage stehende Symptom in den freien Intervallen *constant* darbot. O. unterscheidet demnach zwischen spinaler und hysterischer Allocheirie.

Bezüglich der pathogenetischen Erklärung dieser Sensibilitätsstörung weist O. auf die durch mannigfache Thatsachen (Transfert, bilaterale Funktion der Schweisssecretion) erhärtete innige Zusammengehörigkeit und Wechselwirkung zwischen symmetrisch gelegenen Stellen der beiden Körperhälften hin.

An welche örtliche Laesionen die Allocheirie gebunden ist, bleibt vorläufig noch in suspenso. Die Sektion des Falles mit traumatischer Myelitis ergab ausser einer Fractur des 2. Lendenwirbels hochgradige Zerstörung des untersten Theiles des Rückenmarkes. Die beiden oberen Drittel des Lendenmarkes zeigten eine auf eine Strecke von gut 3 Ctm. sich verbreitende vollständige aufsteigende Degeneration der Hinterstränge; die beiden Goll'schen Keilstränge waren degenerirt und ausserdem war noch ein kleiner Degenerationsherd im Halse des Hinterhornes vorhanden. Letzterer

scheint nach den Ausführungen von O. ebensowenig wie die Degeneration der Goll'schen Keilstränge zu der Allocheirie in Beziehung zu stehen. Müller (Graz).

67) **Westphal** (Berlin): Ueber das Verschwinden und die Localisation des Kniephänomens.

(Klinische Wochenschr., 1881. Nr. 1 u. 2, nach einem in der berl. med. Gesellschaft gehalt. Vortrage.)

Verfasser erörtert nach kurzem Hinweis auf seine früheren dies bezüglichen Veröffentlichungen an der Hand eines neuen Falles die Fragen: 1) ob da, wo das Erlöschen des Kniephänomens das erste Symptom der tabetischen Erkrankung darstellt, bereits eine anatomische Veränderung der Hinterstränge, in sp. im Lendentheile des Rückenmarks nachweisbar sei; 2) welche Partien es hier sind, — die äusseren oder medialen — deren Erkrankung mit dem Erlöschen des Phänomens zusammenfällt.

Bei dem betreffenden Patienten der seit 3 Jahren paralytisch war und an Sehnervenatrophie litt, bezüglich Rückenmarks-Krankheiten erblich belastet war, erlosch, als erstes und einziges Symptom von Tabes, das Kniephänomen rechts 7 Wochen, links 5 Tage vor dem Tode.

Die Section ergab ausser einer leichten Erkrankung der Seitenstränge, die nach Verf. auf das Erlöschen des Knie-Phänomens niemals zu beziehen ist, eine Erkrankung des äusseren Theiles der Hinterstränge in wechselnder Gestalt, am bedeutensten in den untersten Partien des Rückenmarks. Die Goll'schen Stränge blieben frei; auch lag zwischen der erkrankten Zone und den grauen Hinterhörnern überall noch ein Streifen gesunder Marksubstanz.

Verf. schliesst aus diesem Befunde, dass das Verschwinden des Kniephänomens mit der hier vorhandenen Erkrankung des äusseren Theiles der Hinterstränge des Lendenmarkes zusammenfällt. Im Weiteren stellt Verf. die Vermuthung an, dass diese Affection der Hinterstränge als Fasersystem-Erkrankung aufzufassen sei, doch könne dies nicht eher entschieden werden, als bis man die Topographie der Fasersysteme der Hinterstränge festgestellt habe, deren wahrscheinlich mehrere vorhanden seien.

Verf. bespricht dann die ihm neuerdings vorgeführten und die in der Literatur verzeichneten Fälle, in denen das Symptomenbild entwickelter Tabes bestanden haben soll bei noch vorhandenem Kniephänomen, und glaubt, dass häufig eine Verwechslung mit anderen Erkrankungen (meist mit fleckweise grauer Degeneration) vorliege, wovon er sich selbst einigemal überzeugt habe, oder dass niemals bei der Autopsie solcher Fälle eine bis in den Lendentheil reichende Erkrankung der Hinterstränge nachgewiesen worden sei.

(Auch Erlenmeyer war in einer Abhhandlung über Tabes dorsalis incipiens (Schweiz. Corresp. Bl. Januar 1879) zu dem Schlusse gekommen, dass die Fasern für die Sehnenreflexe in den äusseren Partien der Hinterstränge ihren Verlauf haben, und dass diese Fasern, als die am wenigsten widerstandsfähigen zuerst der grauen Degeneration anheimfallen. Ref.) Stenger (Dalldorf).

68) **J. E. Morgan & J. Dreschfeld** (Manchester): Idiopathic Lateral Sklerosis, whit a Description of the morbid changes etc. etc.)

(British Medical-Journal. 29. Januar 1881.)

Obgleich Erb bei der Aufstellung des von ihm mit dem Namen spastische Spinallähmung belegten Symptomencomplexes nur die Vermuthung aussprach, dass das anatomische Substrat desselben in einer ausschliesslich auf die Seitenstränge (Pyramidenseitenstrangbahnen) beschränkten primären Sklerose bestehen dürfte und daher der anatomischen Diagnose Lateralsclerose ein Fragezeichen beisetzte — obgleich auch Charcot denselben Symptomencomplex nur mit einem syptomatischen Namen (Tabes dorsal spasmodique) bezeichnete und auf's Eindringlichste warnte leichthin diese Diagnose zu stellen, so wurde dessen ungeachtet von vielen Autoren, die sich seither mit demselben Gegenstande befassten, nur mehr von einer Lateralsclerose gesprochen, als ob durch die pathol. Anatomie das supponirte Substrat längst nachgewiesen und über jeden Zweifel sicher gestellt worden wäre.

Dabei vergass man nach des Ref. Ansicht, dass bis jetzt keine Autopsie die Existenz einer idiopathischen primären Seitenstrangsklerose (ohne gleichzeitige Gehirnerkrankung) erwies. Im Gegentheile waren gerade die Ergebnisse der anatom. Untersuchungen wie sie von dem hervorragendsten Nervenpathologen von Charcot gemacht wurden durchaus nicht günstig der klinischen Autonomie der spastischen Spinallähmung, da der unter diesem Namen beschriebene Symptomencomplex sich anatomisch ganz differenten Processen gemeinsam zeigte. Bei diesem Stande unserer gegenwärtigen Kenntnisse über die sog. Lateralsklerose (?) verdient die Publication Morgans eine ganz besondere Beachtung, weil sie eine Beobachtung enthält, die thatsächlich den bis heute ausstehenden anatomischen Beweis für das Vorkommen der Lateralsclerose zu liefern scheint.

Von 7 ihm zur Beobachtung gekommenen Fällen von primärer Lateralsclerose theilt M. 3 in extenso mit, von denen der letzte wegen der genauen anatomischen Untersuchung hier ausführlich mittgetheilt werden möge.

Ein 45 jähriger Mann wurde im Mai vorigen Jahres recipirt. Derselbe erkrankte vor 2 Jahren angeblich in Folge des Stehens im Wasser bis an den Nacken während des grössten Theiles einer Nacht, gelegentlich eines Fischfanges. 1—2 Tage nachher bemerkte er eine Schwäche in seinem rechten Beine. Einige Monate verstrichen, bevor das linke in gleicher Weise afficirt wurde.

Nach einiger Zeit waren sämmtliche Symptome der Lateralsclerose aufgetreten als: Parese, Muskelspannungen, Contracturen, erhöhte Reflexe, exquisit spastischer Gang; Sensibilität, Blase- und Mastdarm zeigten keine Störungen — auch fehlten trophische- und Cerebralstörungen.

Pat. starb am 7. Juli in Folge Thrombose der Femoral-Vene. 10 Stunden post mortem wurde die Necropsie gemacht. Dreschfeld untersuchte genau das R.-M. und gibt davon folgende Beschreibung:

Im frischen Zustande zeigte das R.-M. dem blossen Auge keine Abnormität, ausgenommen eine Erweichung in dem untersten Dorsaltheile. Nach der Härtung in doppelchromsaurem Ammoniak zeigte sich schon dem unbewaffneten Auge ein heller gefärbter Fleck in jedem Seitenstrange. Diese Flecken waren besonders ausgesprochen im Brusttheile und wurden weniger deutlich in Hals- und Lumbartheile. Nach der Tinction mit Carmin trat deutlich im Cervicaltheile ein kleiner sclerotischer Fleck im Seitenstrange hervor; nach innen zu war derselbe in enger Verbindung mit der grauen Substanz; nach vorne erstreckte er sich nicht bis zum Vorderhorn; nach aussen erreichte er nicht den äusseren Rand der weissen Substanz. Die graue Substanz, die Ganglienzellen in den Vorder- und Hinterhörnern, sowie beide Vorder- und Hinterstränge waren vollständig intact.

In dem Brusttheile war die Laesion viel besser ausgesprochen. Sie nahm dieselbe Lage ein, erstreckte sich aber ein wenig weiter nach vorne. In der erweichten Partie des Dorsaltheiles schien das R.-M. ein wenig in seiner Gestalt verändert, aber dieselben sclerotischen Flecken waren leicht zu erkennen. In dem Lumbaltheile bildete die sclerotische Partie einen kleinen dreieckigen Fleck der an die äussere Seite des Hinterhornes grenzte, und sich fast bis an die Peripherie des Seitenstranges in seinem hinteren Theile, hingegen nur wenig nach vorne erstreckte.

Sowie im Cervical- so waren auch im Dorsal- und Lumbaltheile die übrigen Partien des R.-M. (Vorder- und Hinterhörner und Vorder- und Hinterstränge) vollkommen gesund.

Dreschfeld sandte Schnitte von verschiedenen Regionen an Charcot, der die Laesionen sehr charakteristisch fand und diesen Fall von Lateralsclerose gegenwärtig als einzig dastehend erklärte.

Müller (Graz).

---

69) **R. Heschl & E. Ludwig** (Wien): Ueber Verkalkung der harten Rückenmarkshaut, eine bisher nicht beachtete senile Veränderung in anatomischer und chemischer Beziehung.

(Wiener med. Wochenschrift. 1. Heft. 1881. Nro. 1.)

Bei der Obduction der Leiche eines blödsinnig und grossentheils gelähmt gewesenen 65 jährigen Weibes fand Heschl ausser erworbener Mikrogyrie höheren Grades (Ischnogyrie) und dem Befund einer chronischen Poliomyelitis eine bis jetzt nicht beachtete Veränderung der Dura Meninx, die in dem den Wirbelbögen entsprechenden Umfange letzterer gelegen war und aus quadratischen oder rhombischen Figuren, die eine eigenthümliche feine gelbe Punktirung zeigten, zusammengesetzt und nach der Längsaxe des Wirbelkanals aneinander gereiht waren und zwar in der Art, dass immer zwei einander gegenüberliegende Winkel nach rechts und links — stets im Niveau eines Wirbelbogens gelegen —, die anderen beiden aber nach oben und unten gestellt und mit denen der Nachbarn confluirend — jedesmal genau einem Bogenzwischenraume entsprechend.

Diese Kette von aneinander gereihten Vierecken begann in der unteren Halsgegend, war im Brusttheile am deutlichsten und hörte im Lendentheile ziemlich rasch auf.

Die die eben erwähnten Figuren constituirenden gelblichen Punkte waren sowohl in als zwischen den Fibrillen des inneren Dritttheiles oder der inneren Hälfte der harten Rückenmarkshaut gelegen, nahmen in keiner Höhe die ganze Circumferenz der Dura ein und erwiesen sich als Kalkkörnchen. Die chemische Analyse dieser Verkalkungen wurde von Ludwig vorgenommen und ergab dieselbe eine dem normalen Knochen ganz ähnliche Zusammensetzung i. e. auf 1 Molekül kohlensauren Kalk 3 Moleküle phosphorsauren Kalk.

Bezüglich des Lebensalters, wann diese Kalkablagerungen aufzutreten beginnen, und ihrer Intensität in verschiedenen Altersstufen ergaben die weiteren speciell darauf gerichteten Autopsien Heschl's Nachstehendes: Vor dem 60. Lebensjahre konnte niemals eine ausgiebige Verkalkung angetroffen werden — im 7. Decenium nimmt jedoch die Häufigkeit und Intensität allmählich zu und ist zwischen dem 65. und 75. Lebensjahre die Veränderung am ausgezeichnetsten. — Sie ist im vorgeschrittenen Alter gewiss ungemein häufige senile Veränderung, welcher nur in dem Sinne, wie bei anderen senilen Processen, der Charakter einer pathologischen Erscheinung zugeschrieben werden darf.

Müller (Graz).

---

70) **Altana**: Caso di iperestesia curato colla metalloterapia. (Hyperaesthesie mittelst Metallotherapie geheilt.)

(3. Congress ital. Irrenärzte zu Reggia-Emilia 1880. Riv sperim. di freniatria. VI. B.)

Eine 37jährige Frau litt an hochgradiger Hyperaesthesie der Hände und Arme; auch die leiseste Berührung verursachte ihr heftige Schmerzen. Electricität war mit negativem Erfolge angewendet worden. — Nachdem A. zwei Kupferplatten auf die Handrücken angelegt hatte, schwand die Hyperaethesie im Verlaufe von 24 Stunden. — Nach 6 Tagen kehrte dieselbe allerdings wieder, aber minder heftig und blos am rechten Arme; nach 14stündiger Anwendung der Kupferplatte blieb die Empfindlichkeit dauernd eine normale.

Obersteiner (Wien).

---

71) **Rigler** (Berlin): Die im Eisenbahndienst vorkommenden Berufskrankheiten und Mittel zu ihrer Abhülfe.

(Berl. klin. Wochenschr. Nro. 49. 1880.)

Verf. fand, dass von 108 Maschinisten acht pensionirt wurden wegen Irritation der Nervencentren, die als Folge des Berufs, speziell der Jahre lang einwirkenden kontinuirlichen Erschütterung beim Fahren, angesehen wurden. Der Zustand bestand wesentlich in rheumatischen Schmerzen in den Beinen, Unsicherheit des Ganges, Schlaflosigkeit, Benommenheit des Kopfes, in grosser allgemeiner Erregbarkeit.

Diese Erscheinungen besserten sich in der Ruhe und machten gewöhnlich nach der Pensionirung einem normalen Verhalten Platz.

In Betreff der Prophylaxe gibt Verf. neben anderen mehr in das Gebiet des Technischen fallenden Vorschlägen den Rath, den Maschinisten die Ruhepausen zwischen den Fahrten durch bequeme Einrichtungen der auf den Stationen für sie vorhandenen Aufenthaltsräume zu wirklichen Erholungen zu erlauben, und ausserdem durch ebendaselbst stattfindenden regelmässigen Gebrauch von Bädern die Nervenerregung zu mildern; auch für längere Ferien plaidirt er.

Stenger (Dalldorf).

---

72) **Dransart** (Paris): Considérations cliniques et pathogéniques sur les rapports pathologiques entre l'oeil et l'oreille.

(Progr. med. 1880. Nro. 34.)

1. Ein dem Trunke ergebener Kesselschmied verliert durch ein Trauma (Narbenbidung in der Cornea) das Sehvermögen des rechten Auges und wird darauf taub auf dem rechten Ohr. Später verliert er auch das Sehvermögen des linken Auges und wird taub auf dem linken Ohr.

2. Ein Kind, 2 Jahre alt, wird in Folge eines Wurfes auf das rechte Auge, taub auf dem rechten Ohr. Die Eltern waren syphilitisch.

3. Ein Mädchen von 18 Jahren, scrophulös, ist taub und beinah blind. Durch doppelseitige Iridectomie wird sie wieder sehend und das Gehör bessert sich wesentlich.

4. Ein Mädchen sieht in Folge scrophulöser Augenentzündung fast nichts und ist taub. Nach doppeltseitiger Iridectomie bessert sich die Taubheit.

D. glaubt aus seinen Beobachtungen schliessen zu dürfen, dass zwischen Auge und Ohr durch Vermittlung des Trigeminus, welcher das Auge (Gangl. ciliare.) und Ohr versorgt pathologische Beziehungen reflectorischer Natur bestünden, so dass Blindheit des Auges Taubheit des correspondirenden Ohres zur Folge haben kann, oder nur Verschlimmerung einer schon bestehenden Taubheit. Dies Verhalten soll besonders häufig bei neuropathisch belasteten und beanlagten Individuen vorkommen. Die durch Augenerkrankungen krankhaften Erscheinungen im Ohr sollen nach weiteren Beobachtungen D.'s in Gesumm im Ohr, brennendem Gefühl daselbst und mehr oder weniger heftiger Taubheit bestehen. Diese Erscheinungen sollen stärker werden bei Entzündung des Auges und mit dem Nachlass dieser abnehmen.

Halbey (Bendorf).

---

73) **Paul**: Versuche mit galvanischen Bädern.

(Progr. med. 1880. Nro. 34.)

P. berichtet in der Sitz. v. 13. VIII. 80 der Assoc. franc. über Versuche mit „galvanischen Bädern", welche er in der Weise applicirt, dass er den Patienten in ein gewöhnliches warmes Wasserbad setzt und einen primären Strom (extra courent) durch das Wasser gehen lässt, so dass der Körper selbst von einem absteigenden, unterbrochenen Strom durchflossen wird.

Er erzielte Erfolg bei mercuriellem Zittern, bei Zittern in Folge von abus. spirit. Spinalirritation und disseminirter Herdsclerose. Besserung trat bei Paralysis agitans ein. Bei Chorea war ein Erfolg und ein Misserfolg zu verzeichnen. Bei einem Fall von incompleter Paraplegie Heilung. Bei Ataxie locomotrice erzielte er keinen Erfolg. Halbey (Bendorf).

---

74) **Larmande** (Paris): Chorée guérie rapidement par l'emploi du bromure de camphre.

(Journ. de méd. et de chir. prat. 1880. 12.)

Der Hauptnachdruck der Publication (3 Fälle) liegt auf dem Epitheton „*rapidement*". 1. Mädchen von zwanzig Jahren hat seit 8 Tagen Hemichorea sinistra, die entstanden ist nach einem Schrecken. Bromkalium (2—6 Gramm pro die) und Schwefelbäder gaben nach 5 Monaten keinen Erfolg. Bromcampher 0,8 pro die, in Kapseln à 0,1 verabreicht, brachte in 4 Wochen Heilung. 2. Knabe, 10 Jahre alt, mit alternirender Chorea. Bromkalium ohne Erfolg. Täglich 0,6 Bromcampher brachten in 3 Wochen vollständige Heilung; nach $^5/_4$ Jahren kein Rückfall. 3. Mädchen, 19 Jahre alt, Hemichorea sin. Täglich 0,6 Bromcampher, 2mal wöchentlich 1 Schwefelbad. Nach 4 Wochen bedeutende Besserung, nach 2 weiteren Wochen vollständige Heilung. Nach 2 Monaten noch kein Rückfall. (Grosse Arsenikdosen leisten das auch. Ref.)

Erlenmeyer.

---

75) **Luciani** (Siena): Sull' epilessia consecutiva a traumatismi cerebrali, e sulla ereditabilità della medesima. Ueber Epilepsie in Folge von Hirntrauma und über die erbliche Uebertragbarkeit derselben.

(3. Congress ital. Irrenärzte in Reggio-Emilia 1880. Riv. sperim. di fren. VI. B.)

Eine grössere Anzahl von Hunden und Katzen, welche zu Untersuchungen über die Rindencentren gedient hatten, wurde am Leben erhalten, um die weiteren Erscheinungen zu beobachten. Von 50 Hunden, die an verschiedenen Stellen operirt worden waren, gingen 48 in Folge heftiger epileptischer Krämpfe zu Grunde (dieselben waren nur bei zweien ausgeblieben). Der erste Anfall tritt mitunter gleich nach der Vernarbung der Hirnwunde, meist aber nach 3—6 Wochen ein, in einigen Fällen erst nach 1—1$^1/_2$ Jahren. Die Anfälle, anfangs selten und leicht, werden nach und nach häufiger und intensiver, so dass sie vor dem Lebensende des Thieres einen status epilepticus darstellen.

Auch bei den Katzen schienen die epileptischen Anfälle eine regelmässige Folge der Hirnverletzungen zu sein.

Eine vor 13 Monaten operirte Hündin war von einem seit 9 Monaten operirten Männchen belegt worden; (beide hatten damals noch keine Anfälle gehabt). Von den 8 Jungen wurden 5 nach einem Monate fast gleichzeitig von epileptischen Anfällen ergriffen, aus denen sich bald ein Status epilepticus entwickelte. Alle 5 Jungen starben kurz nach einander.

Obersteiner (Wien).

---

76) **Chrichton-Browne**: A plea for the minute studie of mania. Eine Aufforderung die Manie gründlich zu studiren. — Vortrag gehalten in dem Aerzte-Verein zu Cambridge.
Brain. October 1880.)

Verf. sucht in einem längeren Vortrag nachzuweisen, dass sich gewisse Symptome bei der Manie auf localisirte Laesionen resp. Reizungen im Gehirn zurückführen lassen und fordert auf in dieser Hinsicht weiter zu streben und vor allem wahrheitsgetreue klinische Berichte zu liefern. En passent bespricht er die wenigen vorhandenen Sectionen und führt aus, dass die Manie keineswegs eine Folge von Erkrankung des ganzen Hirns resp. der ganzen Rindensubstanz ist, sondern dass er sich überzeugt habe, dass die stets gefundene Hyperaemie sehr zerstreut, zuweilen in bestimmten Theilen genau begrenzt sei. Sein nun folgendes Exposé stützt sich auf die Ferrier'schen Untersuchungen über die Localisation der Hirnerkrankungen.

Verf. macht auf gewisse motorische und sensorische Symptome, die bei der Manie auftreten aufmerksam. Er will die ersteren, wie z. B. die grosse Muskelaction die heftigen Gestikulationen, die lauten Schreie u. s. w., nicht von der psychischen Exaltation abhängig wissen, sondern von der krankhaften Erregung motorischer Centren. Er führt die zwecklosen Bewegungen an, die man bei solchen Manischen beobachtet, die bei Tage umherlaufen, und, wenn sie zu Bett gebracht werden, immer noch ihre Beine und Füsse bewegen, als wenn sie noch umherliefen. Weiter führt er diejenigen an, die nur die Oberextremitäten constant bewegen und hält dafür, dass es sich im ersteren Falle um eine Reizung des hinteren Parietallappens und im letzteren um eine solche im aufsteigenden Frontal-*) und Parietalgyrus handelt.

Bei denjenigen Manischen, die überlaut sprechen, nimmt er eine Reizung der Mund-Zungenregion in der dritten Frontalwindung an. Als diejenigen motorischen Störungen, die Verf. am meisten der Beobachtung werth scheinen, nennt er solche, die den psychischen Symptomen unmittelbar vorhergehen, wie Erheben der Augenbrauen; Vorhandensein eines starren Gesichtsausdruckes; Zittern der Oberlippe, das Aehnlichkeit hat mit den Bewegungen die ein; Kind mit der Lippe macht, was eben anfangen will zu weinen- Zucken der Zygomatici; rollende Bewegungen der Augäpfel; plötzliches Zusammenballen der Hände; und Zittern gewisser Muskelgruppen. Verf. führt nun 3 Fälle an, die er theils allein, theils mit Dr. Ferrier beobachtet hat, und die ihn zu seinem Vortrage Veranlassung gegeben haben. Der erste Fall betrifft einen jungen Mann, der 2 Tage bevor die psychische Störung als solche erkannt wurde, die linke Hand in auffälliger Weise bewegte. Er strich alle Augenblicke sein Haar hinterwärts in einer schnellen und abrupten Manier. Er war im Stande durch starke Willenskraft diese Bewe-

*) Die Engländer bezeichnen die vordere Centralwindung als „aufsteigende Stirnwindung", die hintere C. als „aufsteigende Scheitelwindung". (Ferrier Localisation der Hirnerkrankungen. Anmerk Seite 31.)

gung zu inhibiren; sobald aber seine Aufmerksamkeit auf andere Dinge gerichtet wurde, so setzte er diese Bewegung wieder fort. Verf. legt den Ursprung der Erkrankung hier in den oberen Theil der aufsteigenden Frontalwindung der linken Hemisphäre. Der zweite Fall war eine recurrente Manie, wo der wiederkehrenden Erregung allemal Zähneknirrschen voranging. Hier dürfte sich der Anfang der Krankheit in oder nahe der unteren Frontalwindung finden. Wie Verf. diese beiden Fällen erklärt, so verlegt er auch den Anfang der Krankheit, bei dem Ballen der Hände, beim Zucken der Backen, beim Zittern der Lippen, Rollen der Augäpfel und Hochziehen der Augenbrauen in bestimmte Centren und zwar in den aufsteigenden Parietal, den aufsteigenden Frontal, den oberen, mittleren Frontalgyrus oder den Gyrus angularis. Wichtig ist genau die Reihenfolge der motorischen Symptome zu beobachten, um hiernach den Verlauf der Krankheit über einen gewissen District des Gehirns zu erschliessen.

Diess zu illustriren führt Verf. den dritten Fall an. Eine 36 jährige Dame wurde, nach einem wenige Tage anhaltenden Stadium melancholicum, plötzlich erregt, unruhig und schwatzhaft. In den ersten zwei Tagen waren ihre Augen weit geöffnet, die Pupillen erweitert. Am dritten Tage machte sie häufig, heftige greifende Bewegungen mit der rechten Hand ungefähr dreissig Mal in der Minute, am vierten Tage wichen diese Bewegungen einer constanten Beugung und Streckung des rechten Fusses. Am fünften Tage hatten die Bewegungen des Fusses cessirt, es stellten sich aber dafür rhytmische wellenartige Bewegungen des rechten Arms und der rechten Hand ein, die mehrere Tage andauerten. Der linke Arm war ruhig, aber der Mittelfinger der linken Hand, war über das Dorsum des Rinfingers gedreht.

Verf. glaubt berechtigt zu sein hier annehmen zu dürfen, dass der krankhafte Process sich einerseits auf der linken Seite vom hinteren Ende der oberen Stirnwindung durch die oberen äusseren Enden des aufsteigenden Frontal- und Parietalgyrus zum Postero-parietal-Lappen erstreckt, gewissermaassen diese Parthieen durchlaufen habe, und ebenso auch an der aufsteigenden Frontalwindung niedergelaufen sei, während auf der rechten Seite die aufsteigende Schläfenwindung die alleinig afficirte Stelle war.

Man darf nun nicht erwarten, dass alle Manieen mit motorischen Symptomen sich so einfach interpretiren lassen, jedoch weist Verf. darauf hin, dass eine Möglichkeit vorhanden und desshalb ein genaues Studium vornehmlich der Reihenfolge der Symptome zu empfehlen sei.

Die sensorischen Symptome sind noch schwieriger zu isoliren, indess auch für diese giebt Verf. Hinweise und Anhalte. Obgleich Bastian, wie Verf. sagt mit Recht hervorgehoben hat, dass die Aufnahmecentren für Gesichts- und Gehörseindrücke einen ausgebreiteten Sitz in den Hemisphären haben, während der der Geschmacks- und Geruchscentren mehr begrenzt ist, glaubt er sich doch berechtigt, bei denjenigen Fällen von Manie bei denen zu Anfang der Attaque eine optische Täuschung oder farbige Erscheinung zu

beobachten ist den Ursprung der Krankheit als eine Reizung im Gyrus angularis auffassen zu dürfen. Für Gehörstäuschungen nimmt er in derselben Weise eine Reizung der oberen temporo-sphenoidal Windung, für Geschmackstäuschung der mittleren temporo-sphenoidal-Windung, für Geruchs- und Gefühlstäuschung des Subiculum des Gyrus uncinatus und Hypocampus major an.

Bei Fällen von Manie die mit einer plötzlichen Willens- und Activitätsaufhebung beginnen mit einer Art Katalepsie, welche sehr bald einer grossen Erregung und Verwirrtheit Platz macht (Katatonie?) verlegt Verf. den Sitz der Störung in die Praefrontallappen (d. h. die vorderen zwei Drittel der Stirnlappen) auf Grund der Ferrier'schen Untersuchungen bei Affen, indem er in der Ferrier'schen Darstellung ein genaues Portrait des ersten Stadiums der Manie, wie das bei zahlreichen Fällen zu beobachten ist, erkennt.

Neuendorff (Sonnenstein).

---

77) **Verga** (Mailand): Sulla Rupofobia.

(3. Congress d. ital. Irrenärzte in Reggio-Emilia. Riv. sperim. di fren. VI. B.)

Unter Rupofobie (ῥυπός = Schmutz) versteht der Autor einen krankhaften Zustand, welcher sich dadurch characterisirt, dass die Kranken fortwährend in der Angst sind, durch die Gegenstände, welche sie berühren, beschmutzt zu werden. Dieser Zustand kann verschieden hochgradig werden, und ist meist von längerer Dauer.

Zwei sehr ausgesprochene Fälle, von denen einer einen jungen Studenten, der andere eine Frau im mittleren Lebensalter, betrifft, theilte der Vortragende ausführlich mit.

Obersteiner (Wien.)

---

78) **Verga** (Mailand): Sulle cause della pazzia in Italia. (Ueber die Ursachen der Geisteskrankheiten in Italien.)

(3. Congress ital. Irrenärzte in Reggio-Emilia 1880. Riv. sperim. di fren. VI. B.)

Als häufigste Ursache der Geisteskrankheiten erscheint in Italien die Pellagra (8,88 %) wobei auch jene Gegenden mitgerechnet sind, die pellagrafrei sind. In zweiter Linie sind zu nennen Krankheiten des intrauterinen Lebens oder des ersten Kindesalters (7.77 %). Bei den Frauen participiren die Erkrankungen des Sexualsystems mit 6.93 %; bei den Männern die Epilepsie mit 7.22 %. Auf Missbrauch des Alcohols entfallen 3.92%, auf Ausschweifungen in Venere bei den Frauen 1.16 % bei den Männern 3.73 %.

Verf. macht von Neuem aufmerksam auf die Häufigkeit der progressiven Paralyse bei den Aerzten.

Obersteiner (Wien).

---

79) **Friedmann S.** (Vöslau): Die Hydrotherapie bei Geisteskrankheiten.

(Mittheil. d. Ver. der Aerzte in Nied.-Oesterr. 1881. 1. 2.)

Verfasser betont Eingangs seiner Arbeit die Nothwendigkeit des Individualisirens bei der hydrotherapeutischen Behandlung Geisteskranker, und bespricht dann kurz den Einfluss des Wassers von verschiedener Temperatur auf den Organismus.

Die *reizende Methode* wird anzuwenden sein, bei torpiden, atonischen Individuen, bei herabgekommenen Individuen, bei Erschöpfung nach Onanie oder grossen Säfteverlusten und dgl. Temperaturen von 22—18° R. reichen aus; Waschungen bis 12° R., wie sie auch von Richter (diese Zeitschr. 1879 Nr. 20) widerrathen wurden, dürfen nur mit grosser Vorsicht angewandt werden. Waschungen des ganzen Körpers erweisen sich hierbei als die mildeste Behandlungsform; dabei sollen feuchte Bedeckungen des Kopfes bei allen hydriatischen Proceduren nicht unterlassen werden. Ausgiebiger ist die feuchte oder nasse Abreibung, bei der bis 15° herabgegangen werden darf.

Daran schliesst sich das sogen. abgeschreckte Halbbad, von höchstens 5 Minuten Dauer (die anfängliche Temperatur von 22—18° wird durch allmähliges Zufliessen von kaltem Wasser nach und nach um 1—2° vermindert). Douche und Brause sind nur mit äusserster Reserve anzuwenden.

Protrahirte Einpackungen mit darauf folgendem Halbbade dürfen bei Geisteskranken nur äusserst selten Anwendung finden; vollkommen contraindicirt sind sie bei Herzfehlern, Erkrankungen der grossen Gefässe, Tuberculose, starken hyperämischen Zuständen.

Die *beruhigende*, und ableitende Methode ist angezeigt bei grosser Reizbarkeit, Unruhe, Angstgefühlen, Schlaflosigkeit u. s. w. In dieser Richtung bewähren sich am besten laue Halb- oder Vollbäder von 26—28° R. (1/2 bis 1 1/2 Stunden).

Obersteiner (Wien).

---

80) **Stearns** (Hardford): The Insane Diathesis.

(The Alienist and Neurologist vol I. Nro. 4. pag. 466—482.)

Verf. geht von der Betrachtung aus, dass auch bei normaler Psyche ihre Reizbarkeit eine grössere oder geringere sein kann, in ihrer Reaction bald mehr zum negativen bald mehr zum positiven Affekte geneigt ist. Die psychopathische Constitution ist nun eine solche, bei der das Nervensystem auf Reize stärker und länger reagirt, als bei normaler C.

Diese psychop. C. ist eine angeborene oder eine erworbene. Als hauptsächliche Ursache für die letztere gilt dem Verf. die moderne Art der Erziehung; sie bildet Körper und Geist nicht harmonisch, schadet vielmehr sowohl durch Vernachlässigung des ersteren wie Ueberbürdung des letzteren. Diese Ueberbürdung geschieht durch zu vielstündigen Unterricht, zu grosse Anzahl der Lehrmaterien und zu geringe Individualisirung des Unterrichts. Es gilt heute, in den Einzelnen möglichst viel hineinzustopfen; dabei häufen sich die Lehrmaterien, während die Zeit, sie zu bewältigen, dieselbe bleibt.

Zur Illustration der verderblichen Folgen eines derartigen Unterrichts führt St. aus einer Anzahl ihm bekannter Fälle drei an.

Schuld an dieser verkehrten Erziehung tragen oft weniger die Lehrer als vielmehr die Eltern; diese meinen, Jeder könne Alles erreichen, und wünschen dass ihre Kinder Besseres werden, als sie

selbst sind. Dann kommt zu der Ueberbürdung naturgemäss eine zu verwöhnende Nachsicht, um so den Menschen zum Kampfe ums Dasein untüchtig zu machen.

Verf. weist darauf hin, wie in England ähnliche Beobachtungen gemacht sind.

Als weitere Ursachen für die Erwerbung der psychop. C. nennt St. das heutzutage vermehrte Arbeiten in geschlossenen Räumen mit schlechter Luft, die damit zusammenhängende Beschaffenheit der Circulations- und Nervensystems und endlich der übermässigen vor Allem zu früh in der Jugend begonnenen Genuss von Alkoholicis und Tabak.

St. kömmt zu dem Schlusse, das wir, um den verderblichen Ursachen entgegenzutreten, eine Hygieine für den Geist schaffen müssen, wie wir eine solche für den Körper haben. Jenen Ursachen entgegenzutreten wird allerdings schwierig sein, da sie sich gewöhnlich in langer Zeit vorbereiten; ihnen wirksam entgegenzutreten resp. vorzubeugen ist vor Allem Aufgabe des praktischen Arztes, des Hausarztes, der mehr als der Specialist, Gelegenheit hat, jene Ursachen (falsche Erziehung etc.) zu bemerken.

Waehner (Creuzburg).

---

81) **N. Wirsch**: Die Körpertemperatur in der progressiven Paralyse der Irren.

(Inaugural-Dissertation. Berlin 1881.)

Verfasser liefert mit seiner Dissertation einen lohnenden und dankenswerthen Beitrag zur Kenntniss des Verhaltens der Körpertemperatur in der progressiven Paralyse der Irren. Als Beobachtungsmaterial dienten ihm die Kranken der Heilanstalt zu Pankow. Einen grossen Theil der Messungen hat er selber angestellt und (was in erster Linie erforderlich) im Rectum vorgenommen. Das Resumé seiner Untersuchungen und Beobachtungen gipfelt in folgenden Sätzen.

Es findet eine gewisse Coincidenz von Erregung und Temperaturerhöhung statt. Einige hierher gehörige ausführlich mitgetheilte Krankengeschichten zeigen, dass während des Erregungsstadiums mit Grössenideen die Temperatur nicht unerheblich gesteigert ist und dass dieselbe mit dem Eintritte des Beruhigungs- resp. Remissionsstadiums annähernd normales Verhalten zeigt. Damit soll aber nicht behauptet werden, dass die Körperwärme in allen Fällen psychischer Erregung erhöht ist. Zuweilen ist bei hochgradiger Tobsucht normale Temperatur oder sogar herabgesetzte gefunden worden. Wieweit hier andere Verhältnisse (wie Entkleiden, vermehrte Muskelaction, Transpiration) mitgespielt haben, ist schwer zu entscheiden.

In neuerer Zeit hat man in dem Temperaturverhalten ein wichtiges differential diagnostisches Zeichen sehen wollen, wenn es sich darum handelt, zu entscheiden, ob ein apoplectischer Anfall oder eine sogen. paralytische Attaque vorliegt. Nach dem apoplec-

tischen Insulte soll die Körperwärme fallen, dagegen wird angenommen, dass nach einem paralytischen Anfalle eine mehr oder minder hohe Temperatursteigerung vorhanden ist. In Uebereinstimmung mit Charcot erkennt Verf. die Temperaturerniedrigung nach dem apoplectischen Anfalle an; die Erhöhung nach den paralytischen Anfällen nimmt er für die Mehrzahl der Fälle an.

In den (nach einem Anfalle) gelähmten Extremitäten hat Verf. mitunter recht erhebliche Temperaturdifferenzen zwischen diesen und den nicht gelähmten Extremitäten gefunden. Die durch den Anfall betroffenen Glieder waren anfänglich kälter als die nicht afficirten, dann trat allmählig eine Steigerung der Temperatur ein und schliesslich waren die gelähmten Extremitäten höher temperirt als die nicht gelähmten. Eine Erklärung für dieses Verhalten vermag Verf. nicht zu geben.

Plötzlich eintretende Temperaturerhöhungen müssen stets zu genauen und eingehenden Untersuchungen auffordern, damit festgestellt werde, ob eine Lungenaffection oder andere Alterationen vorliegen. Es muss bei dieser Gelegenheit aber auch auf die Thatsache hingewiesen werden, dass mitunter ohne jede nachweisbare Ursache ganz plötzlich eine bedeutende Temperaturerhöhung auftritt, welche eben so schnell verschwindet wie sie gekommen. Man hat es hier mit ähnlichen Beobachtungen zu thun, wie mit denjenigen, die nicht selten in der Kinderpraxis gemacht werden. Hierzu ein eclatantes Beispiel (das im Original nachzulesen).

Im Endstadium der Paralyse steigt die Temperatur mitunter ungewöhnlich hoch oder sie fällt bis zu einer excessiven Tiefe hinab. Vor dem Tode kann man ebenso Temperaturen von 40 bis 43° wie solche von 30 bis 23° beobachten. Verf. berührt nur kurz die Hypothesen, die für eine diesbezügliche Erklärung herangezogen werden können und stellt nur fest, dass sehr hohe oder sehr niedrige Temperaturen gewöhnlich den nahe bevorstehenden Exitus letalis andeuten. In einem Falle, den Verf. in extenso mittheilt, war jedoch, trotzdem dass die Temperatur bis auf 31° im Rectum gesunken war, durch energisch fortgesetzte excitirende und stimulirende Behandlung, wieder normale Körperwärme und gleichzeitig erhebliche Besserung eingetreten.

Was die Wichtigkeit und Brauchbarkeit der localen Messungen am Schädel betrifft, so vindicirt Verf. derselben durchaus nicht die grosse Bedeutung wie dies von Seiten Voisin's geschehen ist. Er widerspricht durchaus der Behauptung, dass an gewissen Stellen des Schädels die Temperatur constant oder nur minimalen Schwankungen ausgesetzt sei. So haben ihm z. B. wiederholt mit einem eigens ad hoc construirten Thermometer an verschiedenen gesunden Individuen vorgenommene Messungen gezeigt, dass die Temperatur an der Stelle, die der grossen Fontanelle entspricht, schon Schwankungen von 33—36,5° unterworfen ist.

Rabow (Pankow).

II. Verschiedene Mittheilungen.

82) Aus Hamburg. Das Medicinal-Collegium hierselbst hat folgende Verordnung erlassen:

„In gegebener Veranlassung sieht sich die unterzeichnete Behörde veranlasst, die Herren Aerzte auf die Befolgung der Vorschrift des § 21 der Medicinalordnung vom 19. Februar 1818, namentlich des Schlusssatzes, welcher lautet: „„Auch darf hinfüro, bei einer Strafe von 50 Rthalern, keiner überhaupt als Wahnsinnig behandelt und in eine auswärtige Anstalt gebracht werden, bevor darüber ein Gutachten von einem der Physicorum ertheilt ist““ aufmerksam zu machen.“

Hamburg, den 31. Januar 1881.

Das Medicinal-Collegium:
Carl Petersen, Dr., Präses.

83) Aus Basel. I. Das vergangene Jahr hat uns als Christbescheerung einen Bericht der Commission für Irrenschutz E. E. Gesellschaft des Guten und Gemeinnützigen über die Nothwendigkeit der staatlichen und privaten Hülfe zur Verbesserung der hiesigen Irrenverhältnisse gebracht. Es war dieser Bericht nicht eigentlich eine Ueberraschung, da die Mängel unseres staatlichen Irrenwesens hier männiglich bekannt sind. Derselbe wurde um so wohlwollender aufgenommen, als die qualitativen und quantitativen Mängel unserer hiesigen Irrenanstalt in ihrer Eigenschaft als Heil- und Pflegeanstalt, sowie als klinisches Institut eine ruhig gehaltene und sachgemässe Schilderung fanden. Es darf derselbe auch deshalb als berechtigt angesehen werden, als beim Beginne des neuen Jahrzehntes unseres Jahrhunderts die übrigen für das laufende Jahrzehnt nöthigen Aufgaben aus allen Gebieten der staatlichen Fürsorge zur öffentlichen Vorlage gelangten. Es dürfte endlich derselbe noch darin seine Berechtigung finden, als die unser Bürgerhospital erwartende Aufgabe der Errichtung eines Absonderungs- und Blatternhauses nur allein in der gleichzeitigen Lösung unserer Irrenhausfrage die wahre principielle Lösung finden kann.

Der Bericht weist auf die dringende Nothwendigkeit eines baldigen Neubaues einer vereinigten Irrenheil- und Pflegeanstalt in der Nähe der Stadt hin, die zur Aufnahme von 160—180 Kranken berechnet ist. Da wir für unsern kleinen Staat beiläufig eine Anzahl von 200 — 240 Geisteskranke annehmen müssen, so darf diese obige Berechnung um so weniger als eine übertriebene erscheinen, als ohne Zweifel auch die Landschaft gerne ihre acuten, frischen Kranken einer gut eingerichteten basler Anstalt zuweisen wird. Der Bericht wendet sich vertrauensvoll an die Behörden und Einwohner unseres Staates und erbittet sich in gleicher Weise das Wohlwollen und die Unterstützung seiner Behörden wie die Opferwilligkeit und Wohlthätigkeit seiner privaten Kreise für die Erfüllung seiner Zwecke.

II. Es dürfte die Leser Ihres Blattes vielleicht weiterhin interessiren von den im Jahre 1880 auf unseren schweizerischen Hochschulen producirten Inaugural-Dissertationen Kenntniss zu nehmen, welche in das allgemeine Gebiet der Neurologie und Psychiatrie einschlagen. Es sind folgende:

BASEL. Jules Turin: Ueber die Temperaturverhältnisse bei der Meningitis tuberculosa der Kinder. Wilhelm v. Speier: Ueber alkoholische Geisteskrankheiten (noch nicht gedruckt).

BERN. Barbara Tscherbatscheff: Wirkung des galvanischen Stromes auf das normale Auge (Ist auf Seite 308 des vorig. Jahrgangs unseres Bl. besprochen. Red.) Alice Ker: Ueber den antaognistischen Einfluss von Hautreizen auf die Sensibilität symmetrischer Körperstellen. Eduard Petri: Beitrag zur Lehre von den Hemmungsapparaten des Herzens.

ZÜRICH. Adeline Withney: Pyocephalus. Karl Hofstetter: Zur Casuistik der Ponstumoren.

In GENF erschien 1880 keine Dissertation. —

III. Zum Schlusse gebe ich Ihnen noch davon Meldung, dass am 23. April die Privat-Irren-Heilanstalt *Schlössli Mett bei Biel* verkauft oder verpachtet werden soll. Nicht nur die Anstalt, seit 50 Jahren mit bestem Erfolg betrieben, sichert ein genügendes Einkommen, sondern die dichtbevölkerten nahe gelegenen Ortschaften gewähren Aussicht auf lucrative Privatpraxis. — Nächstens weitere Nachrichten.

84) Aus Paris. Der Ministerrath hat einen Ausschuss von 40 Mitgliedern ernannt und mit der Revision der Gesetzgebung betr. die Irrsinnigen beauftragt.

III. Neueste Literatur.

37. Casper's J. L., Handbuch der gerichtlichen Medicin. Neu bearb. u. verm. v. C. Liman. 7. Aufl. 1. Bd. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 18.
38. Foissac, P., Le Matérialisme et le spiritualisme scientifiques ou les Localisations cérébrales. 2. ed. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 5.
39. Foster M., Lehrbuch der Physiologie. Autoris. deutsche Ausg. v. N. Kleinenberg. Mit e. Vorwort v. W. Kühne. Mit 72 Holzschn. gr. 8. Heidelberg. C. Winter. M. 16.
40. Fournier, A., Simulations d'attentats vénériens sur de jeunes enfants du sexe féminin. 8. Paris, Masson. Fr. 1½.
41. derselbe, Syphilis und Ehe. Vorlesungen. Deutsch v. P. Michelson. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 5.
42. Guislain, J., Leçons orales sur les phrénopathies ou Traité théorique et pratique des maladies mentales. Avec 54 fig. et 1 pl. 2. édition, publiée par Dr. B. C. Ingels. 2 vol. in 8. Paris, Bailliére et fils. Fr. 22.

43. Haufe, P., Ueber Massage, ihr Wesen und ihre therapeutische Bedeutung. 8 St. Blasien in Baden. M. 1.50.
44. Herzenstein, U., Beiträge zur Lehre der Augenmuskellähmungen. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 1. 60.
45. Hitzigrath, Ad., Die Massage ohne od. m. Kaltwasserbehandlung. 12. Ems, Kirchberger. cart. M. — 60.
46. Hofmann, Ed., Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. Mit gleichmäss. Berücksicht. der deutschen u. österr. Gesetzgebg. 2. Aufl. Mit 95 Holzschn. 2. Hälfte. gr. 8. Wien, Urban & Schw. M. 9.
47. Landois, L., Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 2. Aufl. Mit zahlreichen Holzschn. 1. Hälfte. gr. 8. Wien, Urban & Sch. M. 10.
48. Langer, C., Kurzes Lehrbuch der Physiologie, m. besond. Rücksicht auf d. medicin. Prüfgn. bearb. Mit 21 Fig. in Holzschn. gr. 8. Berlin, Gutmann. M. 4. 50.
49. Mosso, A., Ueber den Kreislauf d. Blutes im menschlichen Gehirn. Mit 87 Abbildgn. im Text und 9 Tfln. gr. 8. Leipzig, Veit & Co. M. 10.
50. Orth, J., Cursus der normalen Histologie. 2. Aufl. M. 107 Holzschn. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 8.
51. Falkenhain, H. Zur Lehre von der Nervennaht und der prima intentio nervorum. Königsberg, 8⁰. M. 1.20.
52. Weiss, N. Ueber Tetanie. Volkm. Klin. Vortr. Nro. 189.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 Mark. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 Mark freie Station. 3) Halle a. Saale, II. Volontärarzt, 1050 M. fr. Station. 4) Owinsk (Posen) Assistenzarzt, 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 5) Leubus, a. Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat; b. dritter Arzt, sofort, 1200 M., freie Station. 6) Marsberg, a. Volontairarzt sofort, 600 M., freie Station; b. Assistenzarzt, 1. März 1881, 1200 M., freie Station, für Beide Bedingung: kath. Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 7) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 Mark, fr. Stat. 8) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1200 M., fr. Stat. 9) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) a. Director; b. Volontairarzt, sofort, 450 + 600 M. fr. Sat. 10) Grafenberg (Düsseldorf), Volontairarzt sofort; 600 M., fr. Stat. 11) Sonneberg (Thür.) Wasserheilanstalt, Assistenzarzt, März; 125 M. pro Monat, fr. Stat. 12) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Creutzburg (Oppein), Erkelenz (Aachen), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Minden (Minden), Ragnit (Gumbinnen), Ortelsburg (Königsberg i. P.), Osterode (Königsberg), Ottweiler (Trier), Sensburg (Gumbinnen), Samter (Posen), Schönau (Liegnitz), Stuhm (Marienwerder), Warburg i. W. (Minden), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Ehrenbezeugungen: Med.-Rath und Kreisphysikus Dr. Goeden in Stettin zum Geheimen Med.-Rath; Dr. Serwaes in Cöln (früher Arzt der städt. Irrenanstalt Lindenburg), Dr. Seifert, Director der Irrenanstalt in Rügenwalde (Pommern), Kreisphysikus Dr. Mulert in Stolp, Kreisphysikus Dr. Simon in Landsberg a. W., Kreisph. Dr. Werner in Sangerhausen erhielten den Titel Sanitätsrath.

Ernannt. Dr. Huntenmüller in Hoya zum Kreisphysikus daselbst.

Versetzt. Kreisphysikus Dr. Hennemeyer aus dem Kreise Ragnit in den Kreis Ortelsburg.

Im Interesse der Anstalten und der Herren, welche sich um Stellen bewerben, bitten wir wiederholt um promptere Nachrichten über die Stellenbesetzungen; nur dann sind wir im Stande die vielen Anfragen, die hier einlaufen, genügend zu beantworten.

Die Redaction.

V. Anzeigen.

VI. Briefkasten der Redaction.

Dr. Pollak in G.-W. am 20. Febr. Nro. 15, 1880 an Sie expedirt. — Dr. Reinhard in Dalldorf, Karte erhalten, Dank für erfreuliche Nachricht. — Wir bitten die Herren Autoren bei Einsendung von Originalarbeiten ihre Wünsche bezüglich der Separatabdrücke gleich auf das Manuscript zu schreiben. Nöthig sind die Angaben 1) über die Anzahl (30 einfache werden gratis geliefert), 2) ob stärkeres Papier als das des Centralblattes und 3) ob Umschlag und zwar ob mit oder ob ohne Titel gewünscht wird. — Dr. Sury-Bienz, Prof. Burkart-Merian in Basel, verbindlichsten Dank.

Druckfehler.

In Nro. 4 Seite 89 Z. 8 v. o. liess „Sämisch“ statt Jänisch. Z. 13 v. o. liess „Tenonitis“ statt Teuritin.

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. **15. März 1881.** **Nro. 6.**

INHALT.

Die

verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Abonnement auf das II. Quartal 1881 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

I. Referate.

85—88) **Zur Nervendehnung bei Tabes dorsalis.**

85) **Leyden** (Berlin): (Deutsche med. Wochenschr. 1881. 10.)

In der am 21. Februar d. J. zur Eröffnung des neu gegründeten „Vereins für innere Medicin“ zu Berlin gehaltenen Rede, die sich über das gewöhnliche Niveau eines Vortrages zur Einführung des 5. Semesters in die Klinik nirgends erhebt, spricht Verf. folgenden Satz aus: „Wie natürlich daher, dass wir auch in der inneren Medicin bestrebt sind, dem chirurgischen Eingreifen soviel Handhaben als möglich zu eröffnen. Aber die Wege dazu müssen doch erst durch Fortschritte in der Erkenntniss der Krankheiten geebnet sein, entfernt man sich davon, so verliert sich das Operiren in ein mehr oder minder planloses Probiren. Wenn ich nicht irre, sind wir hier, in der inneren Medicin wenigstens, an einer Grenze angelangt, die nicht ohne Gefahr überschritten werden darf. *Wenn man auch die Tabes, eine Krankheit, die mit unwiederbringlichem Verlust von Nervensubstanz verbunden ist, chirurgisch zu behandlen unternimmt und die Nervendehnung für eine kleine Auffrischung hält, so weiss ich in der That nicht, ob man hier noch den Boden wissenschaftlicher Kritik behalten hat.*“ Erlenmeyer.

---

86) **Westphal** (Berlin). (Berlin. klin. Wochenschr. 1881. 8.)

Nachdem der bewährte Forscher die Mittheilung gemacht hat, dass er in dem Rückenmarke des Langenbuch'schen Patienten (bekanntlich der erste gedehnte Tabiker) die Zeichen einer grauen Degeneration nicht gefunden hat, fährt er fort: „Wenn nun auch der Patient, an welchem der überraschende Erfolg erzielt wurde, nicht an einer Erkrankung der Hinterstränge gelitten hatte, so scheint mir doch kein Grund vorzuliegen, die Dehnung der grossen Nervenstämme nicht auch in Fällen zu versuchen, in denen mit Rücksicht auf die ganze Entwicklung und den Verlauf der Krankheit kein Zweifel über die Diagnose obwalten kann. *Unter allen Umständen darf das blosse Raisonnement, und sei es scheinbar noch so begründet, nicht an die Stelle der Erfahrung treten; die wenigen bisher vorliegenden Erfahrungen fordern sogar zu weiteren Versuchen entschieden auf.*“ Er schliesst dann mit der Bitte an die Chirurgen, die zu operirenden Fälle vorher von einem Collegen untersuchen zu lassen, der sich eingehender mit dem Studium von Rückenmarkskrankheiten beschäftigt hat, damit nicht eingewendet werden könne, es habe sich gar nicht um Tabes gehandelt — eine Aufforderung die sehr gerechtfertigt ist. Erlenmeyer.

---

87) **Brown-Séquard:** (Gazette médicale de Paris 1881. 5. Februar.)

Verf. hat an Meerschweinchen, Lapins und einem Hunde halbseitige Durchschneidung des Rückenmarkes vorgenommen und zwar in der Dorsalgegend, nur bei einem Meerschweinchen in der Cervicalgegend. Wenn er nun den Nervus ischiad. der anaesthetischen Seite dehnte, dann verschwand die Anaesthesie; es kam sogar zur

Hyperaesthesie von mehr, minder starkem Grade in dem vorher anaesthetischen Gliede.

Dem Hunde war das Rückenmark im Niveau des 10. Dorsalwirbels durchschnitten worden und zwar auf der rechten Seite, mit den gewöhnlichen Folgen: Lähmung und Hyperaesthesie des rechten Hinterbeines, Anaesthesie im linken. Der linke Nerv. ischiad. wurde dann gedehnt bis auf mindestens 1,5 Centimeter Verlängerung. Die Operation selbst wurde vom Thiere nicht gefühlt; aber beinahe unmittelbar darnach war die Sensibilität in der linken Pfote zurückgekehrt, dieselbe nahm rasch zu, und in einer halben Stunde war die Pfote viel empfindlicher als die vordern, im normalen Zustand sich befindenden. Es hatte sich schliesslich beinahe eine Hyperaesthesie, wie sie in der rechten Pfote bestand — die Hyperaesthesie hier hatte nach der Operation auch zugenommen — entwickelt; zu gleicher Zeit aber trat beträchtliche Lähmung des linken Hinterbeines (des operirten) auf.

Bei 11 Meerschweinchen ergab derselbe Versuch in 9 Fällen den gleichen Erfolg; Die Empfindung kehrte bei einem Thiere augenblicklich, bei den übrigen im Verlaufe einiger Minuten bis Stunden zurück; nur bei zweien überhaupt nicht. Alle Thiere aber trugen Parese des Beines davon. Von dreien, welche beinahe völlige Lähmung hatten, zeigten zwei sehr starke Hyperaesthesie in dem operirten Beine.

Auch drei Lapins, welche gleicherweise behandelt worden waren, zeigten dieselbe Erscheinung: Rückkehr der Sensibilität mit gleichzeitiger Lähmung im Gliede des gedehnten Nerven. Verf. fasst die Ergebnisse seiner Versuche dahin zusammen:

1. Es trat eine beinahe unmittelbare oder mehr minder rasche Rückkehr der Sensibilität ein in dem Gliede, in welchem durch halbseitige Rückenmarksdurchschneidung Anaesthesie erzeugt war. Bei einer grossen Anzahl der Versuchsthiere wurde die Anaesthesie durch Hyperaesthesie ersetzt.

2. Bei allen Thieren, welchen das Rückenmark halb durchschnitten war, wurde die durch diese Verletzung gesetzte Hyperaesthesie des gleichseitigen hintern Gliedes nach der Dehnung des Ischiadicus der andern Seite vermehrt.

3. Bei allen Versuchsthieren trat eine mehr, minder stark ausgesprochene Lähmung in der hintern Extremität, deren Ischiadicus gedehnt war, auf, verbunden mit einer Temperatursteigerung derselben Extremität.

4. Nicht blos in den vom gedehnten Nerven versorgten Theilen des Gliedes tritt die Rückkehr der Empfindung ein, sondern auch in nicht von demselben innervirten.

Bei einem Meerschweinchen hatte Verf. das Rückenmark im Niveau des dritten Cervicalwirbels durchschnitten. Durch Dehnung des linken Ischiadicus wurde nun nicht nur im Hinterbeine sondern auch im Vorderbeine an Stelle der Anaesthesie Hyperaesthesie herbeigeführt; also durch die Ischiadicus-Reizung eine Veränderung im Verhalten des ganzen Rückenmarkes verursacht.

Bei gesunden Meerschweinchen wurde durch Ischiadicusdehnung ebenfalls Hyperaesthesie und Lähmung erzeugt, aber in viel geringerem Grade. Karrer (Erlangen).

---

88) **Debove et Laborde.** (Gazette médicale 1881. 19. Februar.)

Die Autoren nahmen Meerschweinchen, welche durch Ischiadicus-Durchschneidung, halbe oder ganze Durchtrennung des Rückenmarkes epileptisch gemacht waren. Bei denselben ist ausser allgemeiner Epilesie meist auch partielle oder spinale zu beobachten, welch' letztere sich äussert in epileptoidem, raschem und energischem Zittern der hinteren Pfoten bei leichter Reizung einer dieser Extremitäten. An solchen Thieren wurde nun der rechte Ischiadicus gedehnt.

Wenn man nun die rechte Pfote kniff, so bekam man kein Zittern der andern Pfote, überhaupt keine Reflexbewegung; beim Kneifen der linken Pfote aber, also auf der nicht operirten Seite, traten in der rechten Pfote die characteristischen Zitterbewegungen auf.

Diese Thatsache wurde vom Vortragenden in der Sitzung der Société de Biologie demonstrirt. Er erklärt dieses Verhalten dadurch, dass in Folge der Dehnung der Nerv nicht mehr centripetal leite, also die Empfindungsleitung durch denselben aufgehoben sei, während die centrifugale Leitung, der motorische Strom, völlig erhalten bleibe.

Versuche an völlig gesunden Thieren zur Erforschung der Wirkung im physiologischen Zustande ergaben den gleichen Erfolg.

Ein kräftiges Meerschweinchen, dem der linke Nervus ischiad. gedehnt worden war, reagirte auf starkes Kneifen der linken Pfote nicht, dagegen auf Kneifen der rechten mit Schmerzensschreien und Abwehrbewegungen mit dem operirten Beine.

Auch bei gesunden Thieren beobachteten also die Verff. durch Dehnung des Ischiadicus beträchtliche Abschwächung oder völligen Verlust der sensitiven oder centripetalen Leitung bei Ungestörtheit der motorischen oder centrifugalen.

Dieselben Ergebnisse, wie die angeführten, hatten Versuche an Lapins und Hunden. Weitere Mittheilungen werden in Aussicht gestellt.

Bei dem Widerspruche in den Erfolgen der zwei Versuchsreihen von Brown-Séquard einer- Labord und Debove andererseits sind auch weitere Untersuchungen noch sehr nöthig. Vielleicht ist die Operationsmethode an der Verschiedenheit der Resultate schuldig; während Brown-Séquard bis mindestens 1,5 Centimeter Verlängerung dehnte, gibt Laborde an, dass mehrmals der Nerv „avec douceur et mesure" gedehnt worden sei.

Karrer (Erlangen).

---

89) **Bircher** (Aarau): Beobachtungen zur Pathologie des Gehirns.
(Corr.-Bl. f. schweizer Aerzte 1881. Nr. IV.)

1. Zertrümmerung im Stirnlappen.

Ein 78 jähriger Mann fiel Nachts 10 Uhr im betrunkenen Zustande rücklings die Treppe hinunter; sofort Bewusstlosigkeit, die

sich nach einer halben Stunde wieder völlig hebt. Patient steht am folgenden Morgen auf und ass bei vollständigem Wohlbefinden. Am 2. und 3. Tag allgemeines Unwohlsein und Appetitlosigkeit aber ohne alle anderen Erscheinungen. Am 5. Tag frühmorgens psychische Aufregung; um 8 Uhr plötzliches Schreien und Krampfanfall der rechten Seite; ca. 1 Stunde nachher leichte Parese des r. Facialis und gegen Abend der obern und untern rechten Extremität. Im Verlaufe des Tages mehrere heftige Krampfanfälle; doch Lähmung noch so unbedeutend, dass Pat. Abends noch 3 Stiegen hinunter und heraufstieg; doch wurde die Sprache etwas undeutlich. Am folg. Morgen (6. Tag) Anfälle immer häufiger; Bewusstsein allmählig ganz aufgehoben. (Spital.) Stat. praes. Zwischen den Anfällen ganz somnolent; Pupillen ohne Veränderung mit Reaction; Athem röchelnd; Respir. 56, Puls 116. Temp. 38—38,4. Parese rechtsseitig; Sensibilität intact. Am Kopf keinerlei Verletzung. Auf der Brust Sugillationen; rechtseitige Claviculafractur. — Alle 5—10 Min. Krampfanfall; (zuerst Drehung des Kopfs nach rechts und aufwärts; dann leises Zucken des orbicularis palpebr. und des rechten Mundwinkels, dann clonischer Krampf sämmtlicher Gesichtsmuskeln rechts. Dabei Verengerung der Pupille. Die Augenaxe wird nach rechts und aufwärts gerichtet und geht dann gegen Ende des Anfalls langsam der linken Seite zu. Ca. 15 Sec. nach Beginn Clonus im rechten Arm, von den Fingern ausgehend mit Rotirung nach aussen; dann gleicher Krampf im rechten Bein. Schweiss auf beiden Körperhälften. Die Zunge ist während des Anfalls fest auf den Boden des Mundes gepresst. Radialpuls rechts ganz klein, links hart und voll. Dauer des Anfalls ca. $1-1\frac{1}{2}$ Minute. Nachher rechter Arm und Bein unbeweglich. Die Zuckungen enden in der gleichen Reihenfolge wie sie anfangen. — Starkes Coma. —

In den folg. 24 Std. stete Verstärkung der Anfälle bis zu fast tetanischem Character und mit Betheiligung der Intcostal. und der Bauchmuskeln. Schliesslich, unter Steigerung der Temperatur bis zu 41^0 C. Ruhe, Coma, Tod (6mal 24 Std. nach dem Sturz).

Obductionsbefund: Auf dem Kopf 2 alte Hautnarben von 3 Ctm. Länge. Ueber dem linken Scheitelbein an der Spitze der Lambdanaht eine alte Schädelimpression. Starke Blutsenkung in der Galea über dem Hinterhauptsbein. Starke Adhaerenz der Dura. Auf der Innenfläche der Dura eine ziemlich frische flächenhafte, blutige Auflagerung, die die rechte Hälfte des Stirnbeins mit zusammenhängenden Flecken bedeckt, einige isolirte bohnengrosse Flecken in der rechten Scheitelgegend, ausserdem stark braunliche, blutige Imbibition der Dura über der ganzen rechten Hälfte, so jedoch, dass die medianen Partien frei bleiben. Linke Seite der Dura glatt. Die ganze Dura mässig verdickt. An der Basis zeigt sich an der rechten Hinterhauptsgrube eine stärkere gleichfalls flächenhafte blutige Auflagerung, so jedoch, dass nirgends ein Coagulum von erheblicher Dicke vorkommt.

Basalgefässe wenig atheromatös.

Pia längs der grossen Längsspalte sowie in der foss. Sylv.

weisslich gefärbt und verdickt; im Ganzen anaemisch, an vielen Stellen zart. An ihrer linken Hälfte über fast den ganzen Stirnlappen blutig suffundiert, so dass nur die obere Stirnwindung ganz und die 2. Stirnwindung in ihrem unteren Drittel frei bleibt. Kleine blutige Suffusionen auch noch über der unteren Hälfte der vorderen Centralwindung nach der hintern Partie des Scheitelhirns und dem Schläfelappen zu. Basis frei. Ein linsengrosses schwarzes Coagulum in der linken Sylvi'schen Grube an der Stelle, wo der aufsteigende Ast sich abtrennt. Einige ganz dünne, blutige Auflagerungen von sehr geringer Ausdehnung in der untern Hälfte der Scheitelgegend. Pia nicht adhaerent.

Auf der Hirnoberfläche dunkel braunroth verfärbte Stelle auf dem Stirnlappen, welche den untern Ast der obern Stirnwindung, die ganze mittlere Stirnwindung und die untere Stirnwindung in ihren vordersten Theilen dicht an der Spitze des Hirns einnimmt in einer sagittalen Ausdehnung von 3 Ctm. und einer frontalen von 6 Ctm. An dieser Stelle ist die Hirnmasse durch Extravasat zertrümmert. Hinter ihr noch zahlreiche bis linsengrosse schwarzrothe Extravasate namentlich auf der mittlern Stirnwindung, einen etwas grössern, ähnlichen Fleck in der Broca'schen Gegend. Die kleinen Extravasate durchsetzen nur die Rinde, während das grosse Extravasat im Centrum der oben beschriebenen Stelle die Gehirnsubstanz bis zur Basis der Windungen zertrümmert hat; das grosse Marklager ist kaum betroffen, nur zeigt dasselbe im Centrum des Herdes trübliche gelbe Erweichung.

Bei Frontalschnitten durch die Windungen zeigt sich ein aus mehreren kleinen hirsekorngrossen Extravasaten zusammengesetzter Bluterguss von der Grösse einer Erbse in der untern Schicht der Rinde des obern Astes der untern Stirnwindung bei der Umbeugestelle zum sulcus praecentralis. In diesem letztern ein linsengrosses Gerinsel. Grosse Zertrümmerung mit umgebender beginnender gelber Erweichung im mittlern Theil der untern Stirnwindung bis in die oberste Schicht des Marklagers.

Seitenventrikel mässig erweitert.

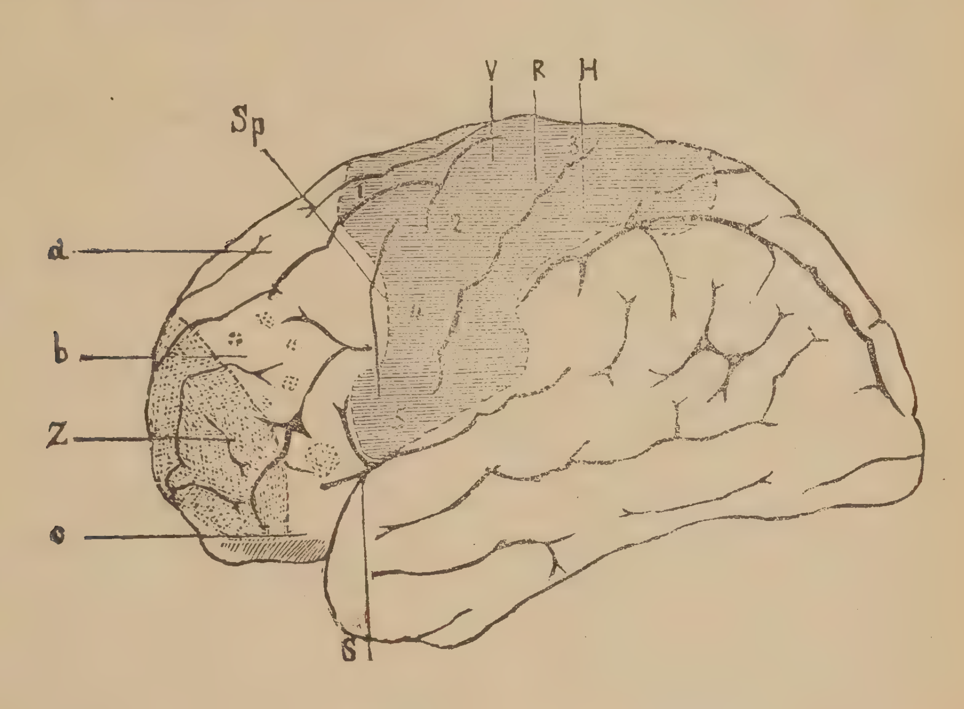
Rechts Befund der Pia und des Gehirns ganz normal ausser leichter Erweiterung der Ventrikel.

Im Kleinhirn an der Basis rechts wallnussgrosse, vollkommene Zertrümmerung der Substanz bis oben in's Corp. rhomboid. hinein. —

In der Epikrise zieht Verf. aus der Vergleichung der Symptome mit dem Obductionsbefunde den Schluss, dass die Lähmung und die Krämpfe im N. Facialis und in den rechten Extremitäten ohne Sensibilitätsstörungen nicht auf die primären Folgen der Verletzung (Suffusionen und Extravasate) sondern auf die secundären (gelbe Erweichung im Marklager des Frontalappens) zurückzuführen sind.

Dadurch unterscheidet sich eben dieser Fall von den bisherigen Beobachtungen; denn im vorliegenden Falle liegt der Krampferregende Prozess im Marklager ziemlich weit (wenigstens 5 Ctm.) weg von der vordern Grenze der von Charcot, Pitres-Fer-

rier, Hitzig u. A. experimentell aufgefundenen und durch pathol. Beobachtungen verificirten motorisch erregbaren Zone. (Beistehende Figur ist im Ganzen dem Werk von Bergmann „Lehre von den Kopfverletzungen“ entnommen und enthält punktirt die Zertrümmerungen des vorliegenden Falles.)



Linke Hemisphäre nach Ecker.

V. Vordere Centralwindung.
H. Hintere „ „
R. Sulcus Rolando.
S. Fossa Sylvii.
Sp. Sulcus praecentralis.
Z. Zertrümmerung.
a. obere Stirnwindung.
b. mittlere „
c. untere „

1. Centrum des N. oculomotorus.
2. „ der obern Extremit.
3. „ „ untern „
4. „ „ N. facialis.
5. „ der Sprache und der Zungenbewegung.

------ Grenzen des motorischen Gebietes.

Ausserdem beweist aber dieser Fall neuerdings das Fehlen motorischer Centren in der Rindensubstanz des Frontallappens; — und endlich zeigt er bei seiner Vergleichung mit den Befunden klinisch-analoger Fälle (Huguenin, Ziegler etc.) dass die Zerstörung weit auseinander liegender, anatomisch ganz verschiedener Partien des Gehirns die nämlichen peripheren Erscheinungen hervorrufen kann.

Aus diesem letztern Umstand folgert der Verf. sehr richtig, dass nur dann, wenn einer Hirnverletzung sofort periphere Symptome folgen, daraus Schlüsse zu operativen Eingriffen zu ziehen sind, dass aber bei später erst auftretenden peripher. Symptomen nie mit Sicherheit der Sitz der betr. Zerstörung eruirt werden kann, ausser wenn etwa äussere Verletzungen (Impressionen etc.) sichern Weg leiten.

2. *Abscess in Mudulla oblongata und Pons.*

Ein 44j. bisher gesunder Kaufmann erkrankte ohne bekannte Ursache am 7. Febr. 80 an leichtem Unwohlsein mit Schmerz im rechten Vorderarm, der in den nächsten Tagen zunahm; dabei Röthung und Schwellung; erst am 10. Febr. Abds. Fluctuation (Temp. 39° C.) Incision verweigert; Cataplasmen; rasche Verschlimmerung; am Abend des 11. Sopor, Sprache langsam und schleppend, Formicationen im linken Arm und Bein; dabei aber Motilität und Sensibilität intact. Am 12. Morg. entleert die Incision ca. 1 Caffelöffel voll grünlich-braunen, stinkenden Eiter; leichte Parese des rechten Facialis mit Offenstehen des rechten Auges; Conjunctiva oedematös geschwellt, Cornea getrübt. Zunge schwer bewegt, nach links verzogen; Sprache dadurch mühsam aber noch deutlich.

Die ganze linke Rumpfhälfte sowie die rechte Hälfte des Gesichtes anaesthetisch, Sensorium frei. Hier und da Brechreiz. Mg. Temp. 38,1. Abds. 39,2. Puls 100—120.

Am 13. Febr. Hypoglossus-Lähmung etwas vermehrt. Schlucken sehr beschwerlich. Hier und da Erbrechen. Sensorium etwas benommen. Temp. 38—39. Im linken Arm und Bein leichte Zuckungen, die am 14. Febr. stärker wurden. Abscess am Arm geheilt.

Am 15. Febr. totale Lähmung des r. Fac. und Hypogloss. Völlige Anaesthesie der rechten Gesichts- und der linken Rumpfhälfte; leichte Parese des linken Armes und Beines. Dumpfer Schmerz im Hinterkopf. Sensorium ziemlich benommen, so dass Gehörsuntersuchung unmöglich ist. Abds. 38,6. Am 16. Febr. völlige Bewusstlosigkeit, Dyspnoe, Cyanose, Mittags *Tod*.

Obductionsbefund: Am Arm nirgends mehr Eiter. Dura leicht abziehbar. Venen und Sinus prall gefüllt. Pia oedematös. Aus dem Rückenmarkskanal entleert sich reichlich dunkles Blut. Hirnsubstanz sehr blutreich, Rinde scharf abgegrenzt. Hirnhöhlen normal. Hirnsubstanzen normal, ebenso das Rückenmark. Die Med. obl. enthält in ihrer rechten Hälfte einen Abscess von stinkendem dunkelgrünem Eiter, welcher den Boden der Rautengrube beinahe durchbricht. Der Umfang entspricht der punktirten Linie in Fig. 1.

Aus den Schnitten ersieht man, dass ein grosser Theil des mittleren (II.) Projectionssystems fehlt, indem rechts die Haubenregion und ein grosser Theil des Pedunc. cerebri zerstört ist. Es erklären sich hieraus die Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen vollständig. Die Parese des rechten Facialis ist bedingt durch die Zerstörung seiner Fasern und vielleicht noch durch die Compression seines Kerns, welcher in der oedematös durchtränkten Nachbarschaft des Abscesses liegt (Fig. 4.); während wir es bei der Parese des rechten Hypoglossus jedenfalls nur mit einer Fernwirkung einer Compression seines weichen Kernes zu thun haben. Die Krämpfe und die Parese des linken Arms und Beines hängen zusammen mit der Zerstörung im rechten Pedunc. cerebri, welche zugleich auch die linksseitige Anaesthesie bedingte.

Figur I.

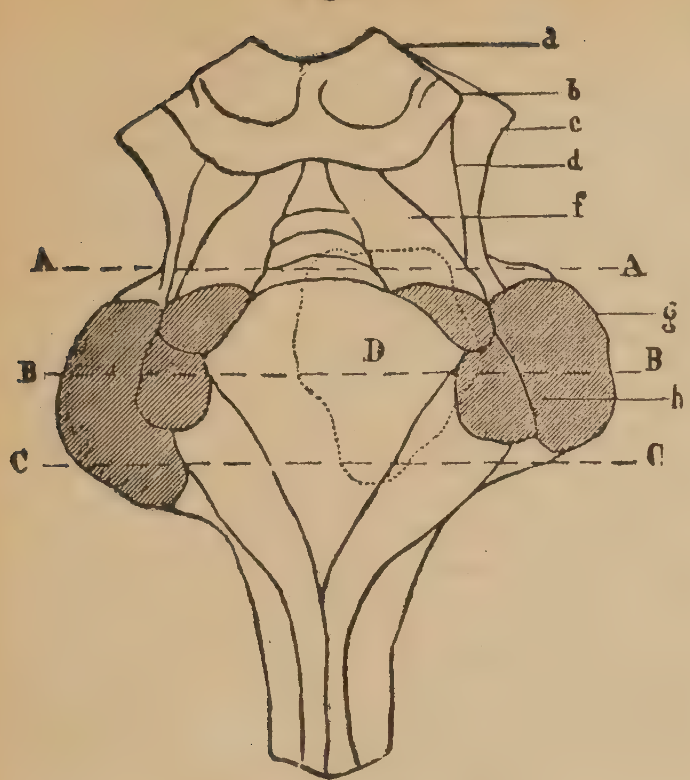
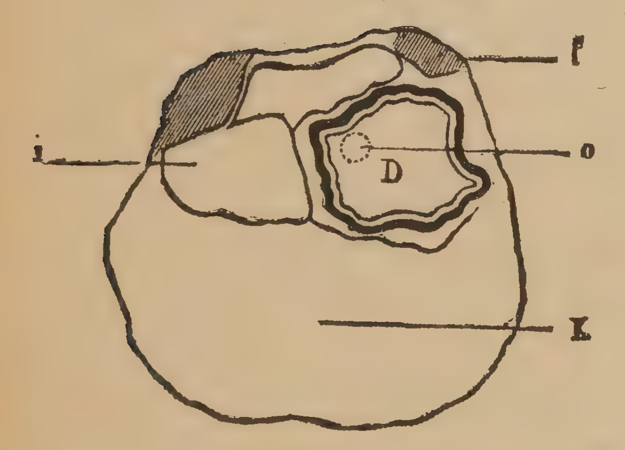


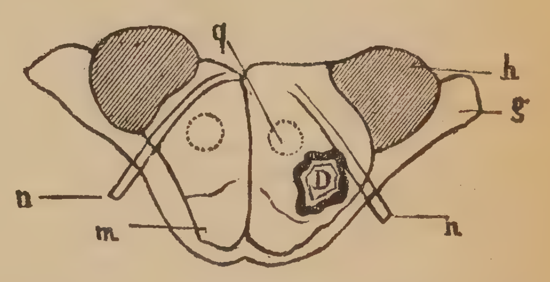
Fig. I. Med. obl. von oben.
„ II. Schnittfläche A. in Fig. I.
„ III. Schnittfläche B. in Fig. I.
„ IV. Schnittfläche C. in Fig. I.
D. Herd.

a. Vorderer Vierhügel.
b. Hinterer Vierhügelarm.
c. Pedunculus.
d. Lemniscus.
f. Bindearm.
g. Crus cerebelli ad pont. Schnittfläche.
h. Peduncul. cerebelli.
i. Haube.
k. Pons
l. Trigeminus.
m. Pyramiden.
n. Facialis.
o. Motor. Kern d. Trigeminus.
p. Kern des Acusticus.
q. Kern des Facialis.

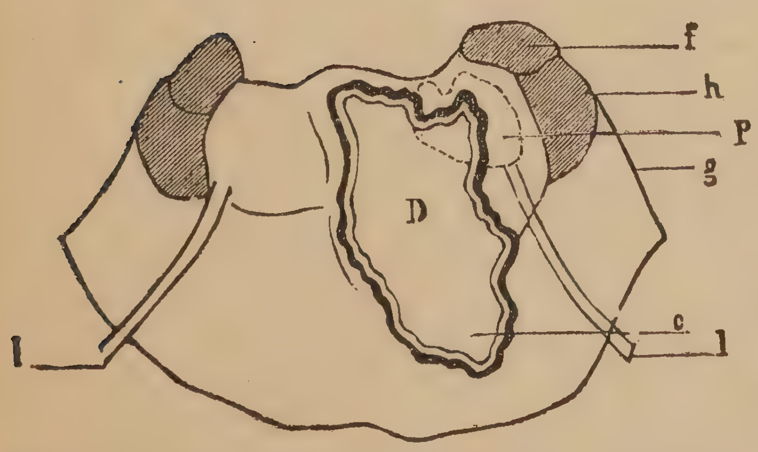
Figur II.



Figur IV.



Figur III.



In Fig. II. und III. zeigt sich das motor. und sensible Kerngebiet des Trigeminus theils zerstört, theils ist es wie seine Fasern höchst wahrscheinlich comprimirt; daher vollständige Gefühllosigkeit der rechten Gesichtshälfte und neuroparalytische Entzündung des rechten Auges. Der Kern des Acusticus ist ebenfalls zerstört (Fig. III.).

Sury-Bienz (Basel).

90) **Lion** (Kischineff): Ueber das klinische Bild der secundaeren Degenerationen der cortico-musculären Leitungsbahnen.

(Zeitschr. f. klin. Medicin Bd. II. Heft 2.)

Nach einer kurzen anatomischen Einleitung, welche die Darlegung des Verlaufes der cortico-musculären oder Willkürbahnen enthält und sich im Wesentlichen der Meynert'schen Ansicht anschliesst, zieht Verf. die Beziehung der „späten" Contracturen der Hemiplegiker zur secundären Degeneration der cortico-musculären Bahnen in Rechnung. Charcot und seine Schüler haben zuerst nachgewiesen, dass Läsionen bestimmter Rindegebiete secundäre Degeneration, klinische Lähmung und Contractur zur Folge haben. Der grösste Percent secundärer Degenerationen der cortico-musculaeren Bahnen bilden die nach Läsionen der innern Capsel und der motorischen Ganglien entstehenden. Mit Rücksicht auf die klinischen Thatsachen und den constanten anatomischen Befund ergibt der diagnostische Satz: wenn bei einem Hemiplegiker in den gelähmten Theilen sich allmählich Contracturen einstellen und zwar spastische Contracturen, so ist dadurch zugleich eine anatomische Diagnose gegeben: Die cortico-musculären Bahnen der gelähmten Seite sind secundär degenerirt. Neun klinische Beobachtungen dienten dazu die Frage zu beantworten, auf welche Weise secundäre Degeneration der Willkührbahnen Contracturen bedingt. Die letzteren sind durchaus nicht durch ein Ueberwiegen der gesunden Muskeln über die gelähmten Antagonisten hervorgerufen, da sowohl Adductoren wie Abductoren, Flexoren wie Extensoren gespannt sein und die activen Bewegungen beschränken können. Dass nicht allein die Parese daran Schuld ist, geht daraus hervor, dass auch bei passiven Bewegungen überall ein Widerstaud empfunden wird, dessen Intensität dem Grade der Spannung ziemlich parallel ist. Es handelt sich also um einen *Reizzustand* nicht um eine consecutive Lähmungserscheinung. Gelähmte und contrahirte Theile können ihre Leistungsfähigkeit zurückgewinnen. Ferner ist in Fällen secundärer Degeneration cortico-musculärer Leitungsbahnen eine Steigerung der Sehnenreflexe vorhanden und zwar geht dieselbe den Contracturen voraus; ausserdem treten in verschiedenartigen Muskeln neue Sehnenreflexe und Irradiationen der Reflexe auf. Die Hautreflexe sind vermindert. Was nun das Zustandekommen der beschriebenen Symptome betrifft, so können die letzteren nicht als der directe Ausdruck der secundären Degeneration betrachtet werden. Lähmungen und Contracturen können sich in gewissem Grade zurückbilden: in diesen Fällen muss angenommen werden, dass die Hemisphären durch neue collaterale Bahnen ihren Hemmungseinfluss auf die motorischen Rückenmarkscentren, die zugleich Reflexcentren sind, zurückgewonnen haben. Supponirt man eine Reizung der motorischen Ganglienzellen des Rückenmarks durch degenerirte später sklerotische Züge, so ergibt sich eine Erklärung der klinischen Symptome in einfacher Weise. Aus dem Zustande erhöhter *Erregbarkeit*, in welchem sich die motorische Zelle des Vorderhornes an der gelähmten Seite befindet, resultirt die Steigerung der Sehnenreflexe; aus dem Zustande

erhöhter *Erregung* Steigerung des Muskeltonus zur Spannung und zur Contractur. Da die Querleitung in der grauen Substanz der Vorderhörner als erleichtert angesehen werden muss, so erklärt sich aus dem Umstande, dass ein Willensimpuls der für eine Bahn bestimmt war, sich auf mehrere verbreitet, das Zustandekommen der Mitbewegungen. (Hémichorée post-hémiplégique Charcot.)

Eickholt (Merzig).

---

91) **Brieger** (Berlin): Beitrag zur Schrecklähmung.

(Zeitschr. für klin Medicin Bd. II. H. 1.)

Durch Leyden ist zuerst der Nachweis geführt worden, dass den Rückenmarkserkrankungen, welche durch psychische Ursachen entstehen, gröbere anatomische Veränderungen zu Grunde liegen. In dem vorliegenden Fall handelt es sich um eine 23jährige Prostituirte, welche nach einem heftigen Schrecken plötzlich von einer Lähmung der Blase, des Mastdarms und der untern Extremitäten befallen wurde, nachdem ein Schüttelfrost die Scene eingeleitet hatte. Hieran gesellten sich bald trophische Störungen, Cystitis, Decubitus, welch' letzterer schnell das lethale Ende herbeiführte. Die Section bestätigte die Diagnose Myelitis tranversa. Die Erkrankung erstreckte sich vom obersten Lendentheil bis zum achten Dorsalwirbel, hatte vorwiegend ihren Sitz in den Hintersträngen und den Abschnitten der vordern weissen Substanz, welche den Eintrittsstellen der vordern Wurzeln benachbart sind (strangförmiger Charakter).

Verf. betrachtet den vorausgegangenen Schrecken als Causalmoment der Erkrankung und ist geneigt eine auf reflectorischem Wege entstandene Unterbrechung der Blutcirculation in den Gefässen des Rückenmarks anzunehmen ähnlich wie eine solche in andern Organen zu Stande kommt. Die Circulationsunterbrechung verbunden mit einer neuropathischen Disposition und verminderten Residenzkraft des Rückenmarks gab zu destructiven Processen Veranlassung.

Eickholt (Merzig).

---

92) **Max Buch** (Ischewsk, Russland): Ueber einige seltene Symptome der Tabes dorsalis.

(Arch. f. Psychiatrie. Bd. XI. Heft 1.)

B. theilt zwei Fälle von Tabes mit, deren Symptome in mehrfacher Hinsicht von Interesse sind. Bei dem *ersten* zeigte sich bei Prüfung an den Fusssohlen eine bedeutende Verlangsamung der Schmerzempfindung bei prompter tactiler Empfindlichkeit, soweit letztere nicht gänzlich fehlte, und zwar war der Zeitraum bis zum Eintreten des Schmerzes abhängig von der Stärke des schmerzerzeugenden Reizes, so dass ein stärkerer Stich schneller schmerzhaft empfunden wurde als ein schwächerer. Mit dem Schmerz zugleich trat die Reflexzuckung auf, deren zeitliches Auftreten demnach ebenfalls sich als abhängig von der Reizstärke erwies. Dabei fehlte die Schmerzempfindung für schwache Stiche gänzlich, während ein wenig stärkere sogleich heftigen Schmerz erregten. Zugleich war eine ausge-

sprochene Irradiation der Schmerzempfindung vorhanden, deren Ausdehnung ebenfalls von der Reizstärke abhing, so dass ein stärkerer Stich heftiges Brennen in der ganzen Fusssohle erregte. Auffallend war ferner, dass im Gegensatz zur starken Schmerzempfindung bei Nadelstichen die electrische Sensibilität, mit Pinsel und feuchten Electroden geprüft, an beiden Füssen fast — an beiden Sohlen überall — vollständig geschwunden war. Doch wurde die dabei entstehende Contraction der Muskeln als solche gefühlt. Nur fleckweise bestand auf Fussrücken und Unterschenkeln bald geringere bald stärkere faradocutane Sensibilität.

Dieser Fall zeigte ausserdem bemerkenswerthe vasomotorische Symptome. Die Füsse waren beständig kalt und dabei stets trocken. Nur sehr schwer konnte durch langes Reiben Hautröthe erzielt werden; ebenso wenig zeigte sich solche nach Anwendung des faradischen Pinsels. Während der Beobachtung trat ganz acut eine schmerzlose starke Schwellung der rechten Epididymis auf, die ohne jede Therapie sich in anderthalb Monaten zurückbildete.

Auch im *zweiten* Fall zeigte sich fleckweise faradocutane Schmerzempfindung, welche an den Sohlen auch hier vollständig fehlte, während Nadelstiche überall normal empfunden wurden und auch der Ortssinn nirgends Abweichungen von der Norm zeigte.

Auch in diesem Fall waren auffallende vasomotorische (oder trophische?) Symptome vorhanden. Es bildeten sich während eines halben Jahres — später nicht wieder — häufig bis haselnussgrosse, meist schnell platzende, Blutblasen unter der Schleimhaut der Mundhöhle. Der Samen des 34jährigen Patienten, der sich noch im ersten Stadium der Tabes befand — es war weder Ataxie noch Romberg'sches Symptom vorhanden — erwies sich bei mehrfacher Untersuchung stets ohne Spur von Samenfäden.

Die vasomotorischen Symptome möchte Vf. durch eine Mitbetheiligung der vasomotorischen Centren des Rückenmarks erklären, welche entweder Lähmung der Vasoconstrictoren wie bei der Bildung der Blutblasen, wahrscheinlich auch der schmerzlosen Hodenschwellung zur Folge habe, oder durch Lähmung der gefässerweiternden Centren Degenerationen und Atrophieen, wie im zweiten Fall die mangelnde Ernährung und Function des Hodens bewirke.

Dehn (Hamburg).

---

93) **Glogowski** (Kempen): Fractur des Schädels, Verletzung des Gehirns, Heilung.

(Berl. klin. Wochenschr. 1880, Nro. 49.)

Bei einem 4 Jahre alten Knaben wurde vor 2 Jahren durch Hufschlag das Stirnbein in fünfmarkstückgrosser Ausdehnung links in der Nähe der Coronalnath zertrümmert; die Dura mater war eingerissen, und mehrere Theile der Hirnsubstanz gingen ab. Der Knabe war 4 Tage bewusstlos, hatte langsamen, aussetzenden Puls, reactionslose Pupillen. Allmählig kam er zur Besinnung, war nach 6 Monaten geistig völlig gesund. Das Stirnbein zeigte einen thalergrossen Defect, an dessen Stelle sich eine strahlenförmige, wie eine grosse Fontanelle anzufühlende Hautnarbe gebildet hatte.

Stenger (Dalldorf).

---

94) **Seeligmüller** (Halle a/S.): Zur Pathogenese der peripheren Krämpfe.

(St. Petetsburger Med. Wochenschr. 1881. 2.)

I. Ueber die Entstehung gewisser combinirter Krampfformen aus einem auf einen einzelnen Muskel beschränkten Krampf.

Diese Ueberschrift enthält das Resumé der kleinen Arbeit mit des Verf.'s eigenen Worten. Er ist zu demselben durch genaue Beobachtung combinirter Halsmuskelkrämpfe gelangt, und bezeichnet einen mit besonderer Energie ausgeführten, in gewissen Intervallen regelmässig wiederholten clonischen Krampf eines einzelnen Muskels als die primäre Ursache der gesammten, folgenden übrigen Krampfbewegungen, an denen sich „nach dem bekannten Schema der Beschäftigungs-Krämpfe" auch die Antagonisten betheiligen — „ein Wiederspiel antagonistischer Muskelkräfte". In derselben Weise werden Mitbewegungen in andern Muskeln erklärt.

II. Ueber die Entstehung unwillkürlicher Krampfbewegungen aus oft wiederholten willkürlichen Bewegungen.

Verf. gibt hier die wissenschaftliche Basis für das wichtige Mahnwort der Eltern: „Junge, lass das Gesichterschneiden, sonst bleibt dein Gesicht verzerrt stehen"! Ein 10 Jahre altes, früher gesundes, kräftiges Pastorenmädchen hat seit 4 Jahren durch Grimassenschneiden clonische Krämpfe der Mm. frontalis, occipitalis, der Ohrmuschelmuskeln und Sternocleidom. bekommen. Warum geht es nicht allen grimassirenden Kindern so? darauf ertheilt Verf. folgende Antwort: „Die cerebralen Hemmungsapparate für unwillkürliche Bewegungen sind bei dem einen Individuum von Haus aus schwächer angelegt als bei dem andern. Unsere Patientin, von sehr ruhigem, mehr phlegmatischem Temperament, ist für die Erlernung von Schulkenntnissen schwach beanlagt und hat von Anfang an wenig Eifer dafür gezeigt. Grade in der Zeit nun, wo sich der Krampf bei ihr ausbildete, im 7. und 8. Lebensjahre war sie mit der Erlernung der Elemente des Wissens geplagt worden, dazu war bald Geschichte, Geographie, Französisch, Klavierspielen etc. gekommen. Was Wunder, wenn sich bei der kleinen Patientin eine cerebrale Neurasthenie ausbildete, bei welcher auch die cerebralen Hemmungsapparate in ihrer Energie herabgesetzt wurden!" Ob die kleine Patientin erblich neuropathisch belastet ist, wird nicht angegeben. Sie wurde durch die vom Verf. empfohlene „psychische Behandlung" schliesslich geheilt, nachdem kalte Abreibung, Galvanisation und Baldrianthee die Krämpfe verschlimmert hatten. Verf. will darin den Beweis sehen, dass es sich um eine Art „*Beschäftigungskrampf*" gehandelt habe, bei dem die unwillkürlichen Krampfbewegungen hervorgegangen sind, aus oft wiederholten forcirten willkürlichen Bewegungen derselben Muskeln.

Erlenmeyer.

---

95) **Bourneville**: De l'influence de la compression ovarienne sur divers accidents hystériques (hémiplégie, hémianesthésie, contracture).

(Progrès. med. 1881. 2.)

Eine Kranke von 22 Jahren litt an rechtseitiger hysterischer Hemianaesthesie und Hemiplegie mit Steifigkeit in den Gelenken

und Contractur des Unterkiefers, (die Symptome waren in dieser Reihenfolge aufgetreten). Es bestand eine Hyperaesthesie beider Ovarien.

Compression des rechten Ovarium von einigen Minuten Dauer verminderte die Unterkiefercontractur, die jedoch mit Nachlass der Compression zurückkehrte. Von Neuem und länger comprimirt wurde die Contractur des Unterkiefers beseitigt, die auch beim Nachlass der Compression nicht wieder erschien, und die Kranke konnte den rechten Arm in die Höhe heben. Die Sensibilität war wiedergekehrt am Hals, Arm, Stamm und Gesicht (Haut und Schleimhaut) der rechten Seite. Bei einer nochmaligen Compression verschwindet auch die Hemiplegie und Hemianaesthesie vollständig und dauernd. Halbey (Bendorf).

---

96) **Seeligmüller** (Halle a. S.): Zur Therapie der Ovarie.

(Centralblatt für Gynäkologie 1881. 3.)

Nach den Erfahrungen von Dumontpallier (und Anderen Ref.), wonach Schmerzen bei Neuralgien und rheumatischen Gelenkaffectionen sehr schnell schwinden durch subcutane Injektionen von Wasser oder selbst nach einem einfachen Stich mit der Nadel in den der Schmerzstelle genau symmetrischen Ort der entgegengesetzten Körperseite hat Verf. dieses Procedens versucht bei einer an Ovarie leidenden 20jährigen Hysterica. Die Schmerzen waren in der linken Seite und seit Jahren so heftig, dass grosse Morphiumgaben nöthig waren, und auch schon Morphinismus eingetreten war. Dosen von 0,04 halfen oft gar nicht mehr. Verf. machte die Einspritzung nun auf der genau entsprechenden Stelle der rechten Seite mit Wasser das mit etwas Essigsäure und Carbolsäure gemengt war. Der Erfolg war ein guter. Bei einem zweiten hysterischen Fräulein, welche an Schmerzen an einer 5 Centm. links vom Nabel fixirten Stelle litt (Verf. erkennt an, dass es sich nicht um Ovarie handle) brachten Einspritzungen wie oben an der betreffenden Stelle rechts ebenfalls Linderung und bei Fortsetzung dieser „Transfert"-Behandlung schliesslich gänzliche Beseitigung. Verf. spritzte $^3/_4$ Gramm Wasser ein. Erlenmeyer.

---

97) **Lüdwitz** (Jena): Versuche über die Einwirkung des Druckes auf die motorischen und sensibeln Nerven.

(Zeitschr. für klinische Medicin. Bd. II. H. 1.)

Die Physiologie lehrt die Identität der motorischen und sensibeln Nerfenfasern. Die klinische Erfahrung lehrt, dass bei mechanischen Läsionen gemischter Nerven die Motilität in höherem Grade leidet wie die Sensibilität. Zur Erklärung der ungleichen Functionsstörungen können verschiedene Momente herangezogen werden: die vicariirende und recurrirende Sensibilität, die Varietäten des Nervenverlaufes, möglicher Weise eine ungleiche Resistenzfähigkeit der Nervenfasern gegen traumatische Einflüsse. Zur Klärung der letzteren Ansicht nach Verf. Versuche an Kaninchen angestellt. Als Reizmittel wurde der Inductionsstrom einer Dubois'-

schen Schlittenapparates benutzt, als Mittel zur andauernden Compression des Nerven die Umschnürung mit einer Gummischnur. Es wurde genau darauf geachtet, dass bei der Prüfung auf Sensibilität nur solche Nervenfasern gereizt wurden, welche ihren Weg durch die Druckstelle nahmen. Die Einmischung vicariirender und recurrirender Nerven war somit ausgeschlossen. Aus der Versuchsreihe ergibt sich, dass bei allmählicher Druckwirkung *die Leitungshemmung für die motorische Faser früher eintritt als für die sensible.* Dieses Ergebniss kann nur durch eine *physiologische* Differenz der beiden Arten von Nervenfasern erklärt werden, es illustrirt in einfacher Weise die klinischen Thatsachen und redet einer verschiedenen Regenerationsfähigkeit der Nervenfasern dringend das Wort. Auch die eigenthümliche Thatsache, dass bei einfacher Drucklähmung eines Nerven nicht wie zu erwarten Degeneration und Entartungsreaction eintritt, kann durch die Annahme Erklärung finden, dass die Leitungsbahnen, welche Vermittler des nutritiven Einflusses sind, sich von den motorischen Fasern unterscheiden und grössere Widerstandsfähigkeit haben wie die letzteren.

Eickholt (Merzig).

---

98) **Leo. Löwenfeld** (München): Experimentelle Beiträge zur Electrotheraphie des Gehirns. Vorläufige Mittheilung.

(Centralbl. f. d. med. Wiss. 1881. 8.)

Der obige von dem Verf. gegebene Titel seiner Arbeit steht mit ihrem Inhalte in keinem logischen Zusammenhange; der Leser erwarte also nicht irgend Etwas zu vernehmen über die Electrotheraphie des Gehirns d. h. über die electrische Behandlung des erkrankten menschlichen Gehirns, er wird sich vielmehr begnügen müssen, mit einigen, hier wörtlich wiederzugebenden dürren Resultaten von Experimenten die Verf. angestellt hat, um den Einfluss electrischer Ströme auf die Weite der Gehirnhautarterien bei Thieren zu beobachten.

Die Resultate sind folgende:

1) „In absteigender Richtung (+ Pol Stirne, — Pol Nacken) durch den Kopf geleitete Ströme bewirken eine Verengerung der Pia-Aterien.

2) Aufsteigende Ströme (+ Pol Nacken, — Pol Stirne) bewirken Erweiterung der Arterien.

3) Bei quer durch den Kopf geleiteten Strömen tritt auf der Seite der Anode Erweiterung, auf Seite der Kathode Verengerung der Arterien ein.

4) Inductionsströme, längs durch den Kopf geleitet, bewirken eine Vermehrung der Blutfülle im Gehirne, indess bedarf letzterer Punkt noch eingehenderen Studiums. Es scheint, dass die Wirkung des Inductionsstromes ähnlich wie die des constanten Stromes sich nicht auf die Erweiterung der Gefässe beschränkt.“

Irgend welche Angaben über die Dauer des einzelnen Versuches, Stärke des Stromes, Art der Application, Verhütung der Verdunstung auf den blossgelegten Hirnhäuten etc. etc. fehlen absolut.

Aus den dürftigen Mittheilungen über die Versuchsanordnung geht hervor, dass der electrische Strom vorzugsweise percutan, längs und quer durch den Kopf angewendet, aber doch auch eine Anzahl von Versuchen so angestellt wurde, dass ein Pol im Nacken, der andere am blossgelegten Gehirn applicirt war.

Jeder der sich mit der electrischen Behandlung von Gehirnkrankheiten befasst hat, wird a priori einsehen müssen, dass Verf.'s Resultate für diesen wichtigen Zweig der Heilkunde so gut wie bedeutungslos sind, und ich für meinen Theil bezweifle nach Analogie der polaren Wirkung des electrischen Stromes in anderen Gefässgebieten, ihre unglaubliche *Regelmässigkeit.* Jammer und Schaden ist es aber, dass um solcher Versuche willen, deren relative Ergebnisslosigkeit von vornherein erwartet werden konnte, 40 Thiere, „hierunter 30 Kaninchen" trepanirt werden mussten. Genügten da nicht weniger Thiere, besonders wenn die Resultate so regelmässig wiederkehrten, wie aus Verf.'s Angaben geschlossen werden muss? Legros und Onimus, ebenso Letourneau haben früher gleiche Versuche angestellt; sie liessen sich aber mit je *einem* Hunde resp. *einer* jungen Katze genügen. Man sollte doch in so muthwilliger Weise, wie Löwenfeld es hier gethan hat, den Feinden der Vivesection kein Material in die Hände spielen und dies unentbehrliche wissenschaftliche Hülfsmittel nicht so unverantwortlich missbrauchen.

Erlenmeyer.

---

99) **Franz Müller** (Graz): Zur Messung und Dosirung des galvanischen Stromes in der Electrodiagnostik und Electrotherapie.
(Memorabilien 1880, 7. Heft.)

Eine Empfehlung des in absolute Intensitätseinheiten (Milliweber) geheilten Galvanometers, dessen allgemeiner Einführung bekanntlich zuerst de Watteville (A praetical introduction to medical electricity London 1878 pag. 20 und 21) das Wort geredet hat. Die leicht einleuchtenden Vorzüge eines solchen sind den Lesern des Centralblattes aus den Aufsätzen von von Hesse (Jahrg. 1879 p. 530). Bernhardt (Jahrg. 1880 p. 161 u. 237). de Watteville (1880 p. 316 u. p. 509) wie auch den Einwendungen C. Remak's (Jahrg. 1880 p. 234 p. 438 und p. 510), hinreichend bekannt, der die Vorzüge des in seiner Empfindlichkeit abstufbaren Erb'schen Galvanometers für wesentlicher erklärt, als die Graduirung nach einem absoluten Messsysteme. Verf., der sich eines Gaiffe'schen absoluten Horizontal-Galvanometers*) bedient, macht noch auf einen praktischen Vorzug desselben aufmerksam, nämlich auf die grosse Raschheit, mit der die Nadel zur Ruhe kommt. Dagegen hebt er einen Punkt hervor, der die ernsteste Beachtung verdient, und zwar den, dass die betreffenden Instrumente nur für den Ort richtig sind, wo sie angefertigt wurden, sowie für jene Punkte der Erdoberfläche, die mit ersteren eine gleiche Intensität der horizontalen Componente

---

*) Ein solches mit Milliweberscalen versehenes Galvanometer liefert Gaiffe (Paris, rue Saint-André-des-Arts) für 25 Francs.

des Erdmagnetismus haben, also ungefähr auf demselben Breitengrade liegen. Es wirkt nämlich auf die Nadel ausser der ablenkenden Kraft des Stroms auch die ihr entgegengesetzte richtende Kraft der horizontalen Componente des Erdmagnetismus.

Dehn (Hamburg).

---

100) **E. Remak** (Berlin): Electrodiagnostik und Electrotherapie.
(Real-Encyclopädie der ges. Heilkunde, herausg. v. Eulenburg. Wien & Leipzig 1880, Sep. Abdr.)

Die zusammenfassende Abhandlung aus der Feder des Sohnes des genialen Begründers der Galvanotherapie lässst ihrer ganzen Natur nach eine referirende Analyse kaum zu. Ist sie doch selbst eine auf Grund der reichhaltigen Literatur und vielfacher eigener Untersuchungen und Erfahrungen gegebene Analyse und kritische Darstellung des augenblicklichen Standes der in der Ueberschrift genannten Disciplinen. Als solche wird sie selbst dem speciellen Fachgenossen ohne ihm gerade Neues zu bieten, durch die streng systematische, übersichtliche Kürze und Klarheit der Darstellung, welche dennoch nichts Wesentliches übergeht, sowie durch die vielen Literaturnachweise sehr willkommen sein.

Dehn (Hamburg).

---

101) **Prideaux**: Ein Fall von Strichninvergiftung, durch Bromkalium und Chloralhydrat geheilt.
(The Lancet 1881. 8. 1.)

Eine Frau von 50 Jahren hatte $^3/_4$ Gran Strychnin genommen; es folgte heftiger Tetanus und Opisthotonus. Verf. verabfolgte auf einmal 15 Gramm Bromkalium und 4 Gramm Chloralhydrat. Nach 15 Minuten wesentlicher Nachlass der Krämpfe. Wiederholung derselben Dosis Bromkalium; nach einer weiteren halben Stunde vollständige Erschlaffung der Muskeln, nur noch sporadische Zuckungen. In der darauf folgenden Nacht werden noch weitere 30 Gramm Bromkalium in vertheilten Gaben verabreicht, worauf sich am andern Morgen ein Zustand grösster Muskelschwäche, Sphincterenlähmung und Pulsverlangsamung einstellte, Erscheinungen, die nach einigen Tagen von selbst schwanden. Verf. fasst die letzteren Symptome als Bromkaliumwirkung auf.

Erlenmeyer.

---

102) **Laskiewicz** (Kulparkow): Ueber Behandlung der Epilepsie.
(Przeglad lekarski 4. und 6. 1881).

Die noch vor einigen Jahrzehnten als wirksam gebräuchlichen Mittel gegen Epilepsie, wie Zincum valerianicum, argentum nitricum etc. sind gegenüber dem Kalium bromatum und dem atropinum sulphuricum völlig in Vergessenheit gerathen. Ob die letztgenannten Mittel im Stande sind, die Epilepsie völlig zu heilen, lässt sich noch nicht endgültig sagen, da sie seit 10 und etlichen Jahren im Gebrauch sind und die Epilepsie bekanntlich oft lange Pausen macht. Die Epi-

lepsie wird oft Ursache verschiedener Geistesstörungen (Manie, Verwirrtheit, Blödsinn). Dies ist die sogenannte larvirte Epilepsie, das epileptische Aequivalent. Bei den unreinen, nicht typischen, epileptischen Anfällen von symptomatischer, sekundärer Natur ist Atropin wenig und Bromkalium nur zeitweise wirksam, indem es die Anfälle in Häufigkeit und Heftigkeit herabsetzt. Hier wirkt Jodkalium etwas sicherer, welches sogar bei der progressiven allgemeinen Paralyse Erleichterung bringt, einer Krankheit, die oft mit apoplektiformen, noch öfter mit epilepti-formen Anfällen einhergeht. Am wirksamsten ist es bei luetischer Epilepsie. Bromkalium und Atropin sind am wirksamsten bei der typischen, reinen Epilepsie, deren Ursachen sein können: Unregelmäsigkeit des Schädels (trauma, Schädelrhachitis), Hydrocephalus, fötale Veränderungen des Hirns und seiner Anhänge oder auch sclerosis cornuum Ammonis, von der es ungewiss, ob sie Ursache oder Folge der Epilepsie ist. Das Bromkalium ist das wahrhafte Spezificum gegen Epilepsie. Es wirkt hauptsächlich beruhigend gegen allgemeine oder partielle Erregung der Nerven und Nervencentren. Man beginne daher die Behandlung jedes Epileptikers mit diesem Mittel, von dem man 1 Gm. in Lösung während des Tages oder besser noch Abends reicht, weil die Anfälle meistens Nachts auftreten und das Mittel auch hypnotisch wirkt. Wiederholen sich die Anfälle, so steige man nach jedem Anfall um 1 Gm.Der Billigkeit wegen verschreibe man es in Pulvern. Die Toleranz gegen das Mittel hängt von der Individualität ab. Bei Manchen rufen schon Dosen von etlichen Grm. krankhafte Erscheinungen hervor, Andere vertragen bis zu 30 Grm. täglich durch einige Monate ohne Schaden. Ein 18jähr. Fräulein, welche mit Manie mit starker Ausgelassenheit und geschlechtlicher Erregtheit behaftet war, verfiel, nachdem sie, von 15 Grm. beginnend und jeden fogenden Tag um 5 Grm. steigend, durch einige Tage 60 Grm. täglich bekommen hatte, in einen Zustand künstlicher Melancholie und zeigte leichte Paresen. Nach dem Aussetzen des Mittels verloren sich alle diese Erscheinungen und traf bei der nächsten Periode die maniakalische Erregtheit sehr verringert auf.

Beide Mittel haben ihre guten und schlechten Seiten. Die guten Eigenschaften des Bromkalium sind: 1. Dass es, gehörig gebraucht, bei jeder reinen typischen Epilepsie die Anfälle sistirt oder eine bedeutende Besserung herbeiführt. 2. Dass es wenigstens im Anfange von Jedem gut vertragen wird und keine akuten Vergiftungssymptome veranlasst. Der rationelle, systematische Gebrauch des Bromkalium beruht darauf, dass man nach jedem neuen Anfall um 1 Gm. täglich steigt, von 1—3 Grm., bis 20—25.

Als menstruum dient 100 Gm. aq. dest. oder aq. fontana, als corrigens syr. cort. aur. Die grösste wirksame Dosis wird täglich durch einige Monate und Jahre weitergenommen und nur vorsichtig später vermindert. Dann wird der Kranke wahrscheinlich von Anfällen frei bleiben. Das Bromkalium ist auch bei vielen Formen von Irresein wirksam, wenn die Kranken leidenschaftliche Erregung und erhöhte Heiterkeit zeigen. Am wirksamsten ist es in den Formen von Irresein, die mit Epilepsie verbunden sind, oder epileptische Anfälle nachahmen, d. h. in solchen, sich typisch periodisch wie-

derholenden Anfällen, in denen der Kranke regelmässig vor jedem Anfall über einen Schmerz oder ein anderes unangenehmes Gefühl, oder immer dieselben Sinnestäuschungen klagt, später plötzlich in Aufregung verfällt, in dem er das Bewusstsein plötzlich, oder nach und nach, ganz oder theilweise verliert, ungehörige, gewaltthätige Handlungen ohne jeden Plan und Ueberlegung begeht, oder auch nur ohne Sinn und Zusammenhang spricht und von Allem gar Nichts oder nur Etwas erinnert. Hier sistiren oft die epileptischen Anfälle, während die Manie sich steigert. Dann muss man die Bromkaliumdosis vergrössern, bis auch die maniakalischen Anfälle sistiren und Depression folgt.

Die schlechten Seiten der Bromkaliumbehandlung bestehen darin, dass es 1. bei manchen Personen krankhafte Erscheinungen bewirkt, 2. von an Vergiftungswahn Leidenden, Nahrungsverweigern, launenhaften Kindern des Geschmackes wegen schwer genommen wird, 3. in dem hohen Preise.

Bei manchen Personen entstehen Acnepusteln und Furunkulose. Voisin, Mitchell und Neumann sahen noch andere Exantheme darnach. Bei Eröffnung der Furunkeln mit dem Messer entstehen bei Epileptikern leicht Anfälle. L. beobachtete epileptische Krämpfe nach Gebrauch von Bromkalium oder Atropin in Folge von Reizung von Zweigen des nervus glosso-pharyngeus oder vagus. Die Gegner des Bromkalium werfen ihm auch Erzeugung von Apathie, lähmungsartiger Schwäche, geistiger Abstumpfung und Verlust des Gedächtnisses vor. Die beiden letzteren Symptome haben L. und andere Psychiater nie beobachtet. Die Apathie und Schläfrigkeit weichen sofort nach Verminderung oder Sistirung des Gebrauchs, die auch durch die oben genannten Hautkrankheiten geboten ist. L. bezweifelt das Auftreten von wirklichem, dauerndem Blödsinn nach Bromkalium, hält jenen vielmehr für die Folge der Epilepsie. Endlich erzeugt Bromkalium manchmal Rachen- und Magencatarrh.

Wo sein Gebrauch contraindicirt ist, tritt Atropin an seine Stelle, am besten als spirituöse Lösung von 0,08 Atropinum sulfuricum auf 20,0 Spiritus vini in gut verschlossenem Glase. Man steigt von einem Tropfen bis auf 10. Die Maximaldose bei Erwachsenen ist 12 Tropfen pro die, rein oder in Wasser oder auf Zucker, am besten Morgens wegen etwa folgender akuter Vergiftungssymptome eine Stunde nach oder vor dem Einnehmen des Frühstückes aus Milch oder Suppe, da die Alkaloide des Caffé, Cacao oder Thee, die Wirkung des Atropin vermindern. Lässt es sich innerlich nicht beibringen, so bleibt die subcutane Anwendung. L. hat über die letztere keine Erfahrungen, empfiehlt jedoch als höchste Einzeldose bei Erwachsenen 2 mg. gewöhnlich nur $^3/_{10}$ bis $^5/_{10}$ mg., bei Kindern nur $^1/_{10}$, pro die bei Erwachsenen $4—6/_{10}$ mg., d. h. 2—3 Gaben, bei Kindern nur 2 Gaben, oder höchstens $^1/_5$ mg.

Eine Lösung von 0,002 auf 10,0 aqua dest. würde für Kinder auf 10 Tage genügen, täglich 2 mal 0,5 Flüssigkeit, für Erwachsene würde auf 10 Tage genügen eine Lösung von 0,02—0,05 auf 10,0 aqua. Bromkalium erzeugt nie akute, nur manchmal chro-

nische Vergiftung, Atropin häufig akute, sehr selten chronische. Bromkalium sistirt oder vermindert die Häufigkeit und Heftigkeit der Anfälle, Atropin wirkt oft in den gewöhnlichen Dosen gar nicht und vergiftet sofort in grösseren Dosen L's und Hankiewicz's Versuche über beide Mittel haben ergeben, dass das Atropin bei einfacher Epilepsie und epileptischer Manie nur da wirkt wo es durch etliche Jahre gut vertragen wird (8 Tropfen pro die obiger Lösung). Bei manchen Personen im Alter von 8—35 Jahren bewirkten selbst 1—2 Tropfen pro die die bekannten akuten Vergiftungssymptome. In der Privatpraxis muss man mit Atropin vorsichtig sein, da es Geisteskranken Gelegenheit zu Mord oder Selbstmord geben kann. Das Atropin lähmt bekanntlich die organischen Kreismuskeln. Seine anti-epileptische Wirkung beruht jedenfalls auf Lähmung der cirkulären Muskeln der kleinen Gehirnarterien, deren Krampf in Folge von Reizung der in Varholsbrücke und der oberen Hälfte des Bodens des 4. Ventrikels gelegenen Krampf- und vasometorischen Centra die epileptischen Anfälle erzeugen soll. (Kussmaul u. s. w.) Oder es wirkt vielleicht wie das Bromkalium beruhigend und hemmend auf jene Centra. In der letzten Zeit sah man von Curare bei Epilepsie gute Erfolge. Benedikt gebrauchte eine Lösung vom 0,02 Curare auf 2,0 aqua font. zu subkutanen Inj. Die Lösung muss gut filtrirt sein und eine weingelbe Farbe besitzen. Anfangs injicirt man 3 mal wöchentlich 10—12 Tropfen später ein paar mal monatlich u. um 2 Tropfen weniger, wenn Zittern auftritt, oder man gebraucht eine Lösung von 0,3 curare auf 5,0 aqua, die zu 6—8 Injektionen genügt, alle 5 Tage eine, nach 4 Einspritzungen eine Pause von ein paar Wochen. L. hat darüber keine Erfahrungen. Landsberg (Ostrowo).

---

103) **Sahlmen** (Wiedenbrück): Ein Fall von Schlafsucht (Lethargus) bei einem 26 jährigen Mädchen.

(Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nro. 7.)

Der schon vielfach in den Zeitungen besprochene Fall ist in des Verf. Behandlung. Die Kranke leidet an oophoritis sinistra, retroflexio uteri und fluor albus und hat alle diesen Leiden entsprechenden Beschwerden. Im 22. Jahre litt sie an häufigen epileptischen Krampfanfällen, von denen auch eine Schwester in ihrer Jugend befallen war.

25 Jahre alt (im Sommer 1880) wurde die mässig anämische und verhältnissmässig sehr intelligente Kranke arbeitsunfähig, es kam eine allmählig zunehmende Schlaffheit und Müdigkeit über sie; einigemal stellte sich Hämoptöe ein.

Diese Symptome liessen nach einigen Monaten nach, steigerten sich wieder im Oktober, seit welchem Monate auch die Menses cessiren.

Im November begannen die Schlafanfälle; ihre Dauer war der Reihe nach 12—16—18—20—22 Stunden (mit immer kürzer werdenden freien Intervallen), dann 11 Tage (während welcher Zeit P. künstlich ernährt werden musste), sodann nach einer 8 stündi-

gen Pause 2 Tage, wonach eine reichliche Menge Blut ausgeworfen wurde; in den letzten 14 Tagen traten die schlaffreien Zwischenräume täglich ein, $^2/_3$ der Tageszeit liegt sie in heftiger Starre.

Der Zustand befällt die P. plötzlich; nach dem Erwachen weiss sie nichts von dem, was während der Zeit mit ihr vorgeht; ihr Gedankengang beginnt dann bei den Gegenständen, mit welchen sie beim Beginne der Starrsucht sich beschäftigt hatte, und ist in keiner Weise gestört.

Die Anfälle bestehen in vollständiger Bewusstlosigkeit, aufgehobener Sensibilität, Mydriasis und Reactionslosigkeit der Pupillen, congestionirtem Aussehen, zeitweiligem starkem Schweisse, wechselnder Temperatur der Füsse, oberflächlicher Athmung bei einem Puls von 100 und einer Temperatur von 36,8, ferner in einer starken Contraction der Beuge-Muskeln der oheren, der Streckmuskeln der unteren Extremitäten, dann der Muskeln des Rumpfes und Kiefers; die Muskeln der Extremitäten zeigen das Symptom der flexibilitas cerea in unvollständigem Grade.

Verf. hebt als Causalmoment die früher bestandene Epilepsie, dann die noch vorhandenen Affectionen der Geschlechtsorgane und die mit diesen verbundene Anämie und Hysterie hervor; er wird seiner Zeit über den weiteren Verlauf berichten.

Stenger (Dalldorf).

---

104) **Reich** (Müllheim in Baden): Ueber transitorisches Irresein bei Kindern.

(Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nro. 8.)

4 Knaben 6 — 10 Jahre alt, hatten sich auf dem Eise und auf Schlittenfahrten einer Kälte von minus 16—22° C. ausgesetzt. Zu Hause angelangt, kamen sie in intensive Ofenwärme und verfielen plötzlich in eine mehrere Stunden dauernde psychische Störung, die sich als maniakalische Aufregung mit Delirien und Sinnestäuschungen darstellte, mit einem quasi kritischen Schlafe abschloss, aus dem die Kranken lucid, ohne Erinnerung an die Erlebnisse des Anfalles, zu sich kamen.

Als Ursache ist anzusehen der schroffe Wechsel von Kälte und Wärme, wodurch die Circulationsverhältnisse der innern Theile des Körpers gegenüber den äusseren eine plötzliche Veränderung erleiden mussten, insbesondere die des Gehirns einem raschen Wechsel anheimfielen.

Stenger (Dalldorf).

---

105) **Grilli P.** (Florenz): Sulla pazzia morale. (Ueber den moralischen Irrsinn.)

(Arch. p. l. mal. nervose 1880. VI. H.)

Man kann bei allen Formen der Geisteskrankheit Fälle finden, in welchen vielmehr eine Alteration des Characters, als eine Störung der Intelligenz, wenigstens in einem gewissen Stadium der Krankheit, beobachtet wird; solche Fälle mag man immerhin als eigene Unterabtheilung zusammenfassen, der man das Epitheton „moralisch“

verleiht; der eigentliche *moralische Irrsinn*, zu welchem die Fälle angeborener Degeneration gehören, in denen vorzüglich die Mangelhaftigkeit des Urtheils und eine krankhafte Depravation der Triebe in die Augen springen — muss als ganz selbständige Irrsinnsform, die mit den anderen Formen gar nichts gemeinsam hat, abgetrennt werden. Auf diese Weise hofft G. dass auch die Beziehungen des moralischen Irrsinns zur Gesetzgebung mehr geklärt werden dürften.

Obersteiner (Wien).

II. Verschiedene Mittheilungen.

106) Aus Berlin. Der Kgl. Oekonomie-Inspector a. D. Herr Wegener hat mit Genehmigung der Königlichen Behörde eine *Heil-Anstalt für Trunksüchtige* männlichen und weiblichen Geschlechts unter der ärztlichen Leitung und Aufsicht des Königlichen Sanitätsraths Herrn Dr. Baer in Berlin, auf seinem Grundstücke in *Deutsch-Wilmersdorf*, an der Chaussee zwischen Charlottenburg und Deutsch-Wilmersdorf, eröffnet.

Die Bedingungen der Aufnahme sind mit Rücksicht auf die Anforderungen der höheren Stände normirt und zwar für I. Klasse Mark 300 pro Monat, II. Klasse Mark 250 pro Monat und III. Klasse Mark 180 pro Monat.

Die Aufnahme der Kranken geschieht durch den Herrn Sanitätsrath Dr. Baer (N. W. Thurmstrasse Nro. 14 Moabit) täglich, mit Ausnahme der Sonn- und Festtage, von 4 bis 5 Uhr Nachmittags.

107) Aus der Schweiz. Die Bevölkerung unseres Canton Neuenburg ist durch Vorstellungen à la Hansen, veranstaltet von dem Magnetiseur Donato in so hohem Grade erregt, dass ein Eingreifen der Behörde nothwendig war. Sie hat den besten Weg, den wissenschaftlicher Aufklärung gewählt. Auf Anordnung des Staatsrathes hält Herr Dr. Ladame im ganzen Canton Vorträge über den thierischen Magnetismus. Das Programm seiner Verlesungen ist folgendes: Hypnotisation de poules. — Hypnotisation complète chez l'homme, avec résolution musculaire, provoquée par différents moyens. — Catalepsie artificielle. — Anésthésie. Insensibilité à la douleur. — Contractures. Phénomènes réflexes. Transfert. — Hypnotisme unilatéral. Aphasie. — Imitation Spéculaire. L'écho. Le phonographe vivant. — Troubles des organes des sens. Crampe de l'accomodation de l'oeil. Daltonisme. Surdité. Insensibilité du goût et de l'odorat. — Hallucinations. — Extase. C. B. d. sch. A.

108) Aus Petersburg. Die hiesige psychiatrische Gesellschaft hat in ihrer letzten Plenarsitzung Frau Tarnowki, welche an hiesiger Universität zum Dr. med. promovirt worden ist, und welche sich mit grossem Erfolge der psychiatrischen Praxis zugewendet hat, einstimmig zu ihrem wirklichen Mitgliede gewählt.

III. Preisaufgabe.

Die „Americanische Neurologische Gesellschaft“ in New-York hat unter dem Namen „William A. Hammond Preis“ die Summe von 500 Dollars ausgesetzt für die beste Arbeit über das Thema

die Functionen des Thalamus opticus beim Menschen

Die Bedingungen der Bewerbung sind folgende:

1. Zur Preisbewerbung sind Autoren aller Nationalitäten zugelassen.
2. Die Arbeit muss sich stützen auf Beobachtungen und Experimente an Menschen und niederen Thieren, welche der Autor selbst angestellt hat.
3. Die Arbeit kann in englischer, französischer oder deutscher Sprache verfasst, im letzteren Falle mit lateinischen Buchstaben geschrieben sein.
4. Die Arbeiten sind bis zu dem 1. Februar 1882 franco einzusenden an den Secretair des Preis-Comités, Dr. E. C. Seguin, 41 West 20te Street in New-York City. Jede Arbeit ist mit einem Motto zu versehen. Dasselbe muss sich auf einem Couvert befinden, welches den Namen des Autors enthält.
5. Die preisgekrönte Arbeit wird Eigenthum der Gesellschaft, welche für ihre geeignete Publication Sorge trägt.
6. Jeder Versuch die Autorschaft irgend einer der eingesandten Arbeiten zu enthüllen, sei es durch directe oder indirecte Benachrichtigung des Comités oder einzelner Mitglieder desselben schliesst die betreffende Arbeit von der Concurrenz aus.
7. Die Preisverkündigung findet Statt durch den Präsidenten der neurologischen Gesellschaft auf dem Congress der Gesellschaft im Juni 1882.
8. Der gewonnene Preis kann ertheilt werden in Gold-Geld der Verein. Staaten oder auf Wunsch des Autors in Form einer goldnen Medaille.

F. T. Miles M. D. Baltimore.
J. S. Jewell M. D. Chicago.
E. S. Seguin M. D. New-York.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 Mark. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 Mark freie Station. 3) Halle a. Saale, II. Volontärarzt, 1050 M. fr. Stat. 4) Owinsk (Posen) Assistenzarzt, 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 5) Leubus, Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat. 6) Marsberg, a. Volontairarzt sofort, 600 M., fr. Stat.; b. Assistenzarzt, 1. März 1200 M., freie Station, für Beide Bedingung: kath. Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 7) Marienthal bei Münster i. W.,

Volontairarzt, 600 Mark,:fr. Stat. 8) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1200 M., fr. Stat. 9) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) a. Director; b. Volontairarzt, sofort, 450 + 600 M. fr. Sat. 10) Grafenberg (Düsseldorf), Volontairarzt sofort; 600 M., fr. Stat. 11) Sonneberg (Thür.) Wasserheilanstalt, Assistenzarzt, März; 125 M. pro Monat, fr. Stat. 12) Grafenberg bei Düsseldorf (provincst. Irrenanstalt) II. Arzt und stellvertr. Director, 1. Juli, 3000 M., Familienwohnung, Garten, Heizung und Beleuchtung. Meldung an den Landesdirector Frhr. v. Landsberg in Düsseldorf. 13) Düren (provincst. Irrenanstalt) II. Arzt und stellvertretender Director, 1. October. Gehalt, Meldung etc. wie bei Grafenberg. 14) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Creutzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Minden (Minden), Ragnit (Gumbinnen), Osterode (Königsberg), Ottweiler (Trier), Sensburg (Gumbinnen), Samter (Posen), Schönau (Liegnitz), Stuhm (Marienwerder), Warburg i. W. (Minden), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Besetzte Stellen. Leubus, III. Arzt, Herr Dr. Carl Stöver aus Stephansfeld. — Kreisphysicat Templin durch Herrn Dr. von Heyne.

V. Anzeige.

Coblenz, Druck von Ph. Werle.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.
Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. 1. April 1881. Nro. 7.

INHALT.

I. Referate.

109) **Marcus** (Paris): Contribution à l'étude de l'élongation des nerfs.
(Tribune médicale. 21. März 1881.)

Autor fragt sich, ob nicht etwa die Nervendehnung morphologische Veränderungen in den sensiblen Fasern selbst zur Folge habe. Er dehnt die Ischiadici mehrerer Meerschweinchen, constatirt complete Unempfindlichkeit und untersucht dieselben Tage und Wochen hernach. Schon 3 Tage nach der Dehnung fanden sich alle Erscheinungen der Degeneration. Segmentirtes Nervenmark, theilweise Ab-

wesenheit desselben ebenso Abwesenheit des Achsencylinders lassen ihm keinen Zweifel über ihren pathologischen Zustand. Andere Fasern sind mit einer Art körnigen und opalescirenden Emulsion gefüllt; was aber besonders zu erwähnen ist, ist die interannulare Kernvermehrung sowie auch das Anschwellen (Tuméfaction) der Kerne selbst. Auf Querschnitten solcher elongirten Nerven findet Marcus dort wo das Nervenmark vorhanden ist, dass dasselbe durch die obenerwähnte opalescirende Emulsion vom Achsencylinder getrennt ist.

Es fragt sich nun: ist diese Degeneration durch Druck während der Operation hervorgerufen worden oder verdankt sie anderen Ursachen ihr Entstehen.

Zu diesem Zwecke dehnt Marcus den Ichiadicus einer Katze, bezeichnet genau den Ort der Dehnung und untersucht 8 Tage hernach bei completer Anästhesie *blos* den central und peripher vom Dehnungsort gelegenen Nerventheil. *Nur* im centralen Theil findet er sicher die oben beschriebenen degenerirten Fasern und in grosser Anzahl. Er muthmasst in Folge dessen eine absteigende Degeneration, die ihren Sitz entweder in den hinteren Wurzeln oder im Rückenmark selbst ihren Ausgangspunkt hat.

Um genau den Ausgangspunkt zu ermitteln tödtet Marcus eine Katze 24 Stunden nach der Dehnung. Autopsie zeigt weder ein Zerreissen der hinteren Wurzeln noch irgend eine Alteration in ihren Nerven trotz einer sicher constatirten Anaesthesie.

Autor schliesst mit einigen Bemerkungen und sagt, dass diese Erscheinungen der Elongation ihr Entstehen morphologischen Veränderungen in den sensiblen Fasern verdankt, Veränderungen die unstreitbar ihren Ausgangspunkt im Rückenmarke haben, welches Marcus soeben studirt. Hager (Paris).

---

110) **W. Erb** (Leipzig): Tabes und Syphilis*).

(Centralbl. f. d. med. Wissensch. Nro. 11. und 12. 1881.)

Auf der Naturforscherversammlung in Baden-Baden 1879 habe ich eine auf 36 neue, genau geprüfte Fälle von typischer Tabes gestützte Statistik über das Vorkommen von Syphilis in der Vorgeschichte der Tabes mitgetheilt**), welche meinen früher im Archiv f. klin. Med. gebrachten diesbezüglichen Mittheilungen***) erhöhtes Gewicht zu verleihen geeignet war. Ich glaubte erwarten zu dürfen, dass diese meine Angaben einer ernsten und vorurtheilslosen Prüfung unterzogen würden, umsomehr, als ich selbst früher geneigt war, einen ätiologischen Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes zu läugnen, und erst durch die bestimmten Angaben französischer Autoren (Fournier, Vulpian, Grasset) zur genaueren Untersuchung der Frage angeregt, zu den mich selbst überraschenden und geradezu erschreckenden Zahlen gekommen war.

---

*) Wir geben die höchst bemerkenswerthe Arbeit des Verf. wörtlich wieder. Red.

**) Tageblatt der 52. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte 1879, S. 312.

***) Zur Pathologie der Tabes dorsalis. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 24. 1879.

Ich habe mich in dieser Erwartung einigermassen getäuscht gesehen; schon sehr bald nach meinen Publicationen ist eine ganze Reihe widersprechender Behauptungen und Zahlenangaben aufgetaucht, die sich in der Hauptsache nur auf ältere, nicht speciell mit Rücksicht auf die schwebende Streitfrage geprüfte Fälle stützen*).

Einen Theil dieser gegnerischen Angaben kann ich unmöglich für ernst ansehen; wenn einer meiner Gegner unter 665 Fällen von „Tabes“ (ob wohl alle die Diagnosen — einer Badepraxis der letzten 25 Jahre entstammend — vollkommen zuverlässig sind?) nur 34 Mal Ulcus in der Anamnese gefunden haben will (also ziemlich genau 5, sage *fünf* Procent!), so muss man sich doch wirklich fragen, ob der Autor naiv genug ist, *selbst* diese Zahlenangaben auch nur für annähernd richtig zu halten.

Aber es ist mir auch von gewichtigerer Seite und mit zuverlässigeren Zahlenangaben direct widersprochen worden; meine Berliner Special-Collegen haben sich einstimmig dahin geäussert, dass nach *ihrer* Statistik ein Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis *nicht* existire, jedenfalls nicht in der von mir behaupteten Ausdehnung. Hätte ich, wie meine Gegner, aus meinen älteren Krankheitsgeschichten — für die ich wohl auch einen gewissen Grad von Genauigkeit in Anspruch nehmen darf — die Frage statistisch entscheiden wollen, so wäre ich vielleicht zu einem ähnlichen Resultat gekommen. Es wird aber die Aufgabe meiner späteren ausführlichen Arbeit sein, das Bedenkliche dieser Verwerthung älteren, nicht speciell mit Rücksicht auf die schwebende Frage untersuchten Materials nachzuweisen, ebenso die Quellen der Fehler und Täuschungen bei diesen anamnestischen Untersuchungen näher zu beleuchten und endlich das Unzutreffende der mancherlei, zum Theil weit hergeholten Bedenken darzulegen, welche das Gewicht meiner Angaben abschwächen sollen.

Uebrigens stehe ich, erfreulicher Weise, neuerdings auch mit meinen Angaben nicht allein; Gowers hat vor Kurzem eine Statistik von 33 Fällen pulicirt**) und unter diesen 53 pCt. mit secundärer Syphilis und ca. 17 pCt. mit Schanker in der Vorgeschichte gehabt; seine schon früher geäusserte Ansicht über die ätiologischen Beziehungen der Syphilis zur Tabes wird dadurch vollauf bestätigt.

Bei der unstreitbar nahen Verwandtschaft zwischen Tabes und Dementia paralytica darf wohl auch die Angabe Mendel's hier angeführt werden, dass er bei der progressiven Paralyse in nicht weniger als 76 pCt. vorausgegangene secundäre Syphilis constatirt habe.***)

---

*) Lehmann, Die chronischen Neurosen als klinische Objecte in Oeynhausen. Bonn, 1880, S. 35. — Franz Müller, Symptomatologie und Therapie der Tabes dorsalis im Initialstadium. Graz, 1880. — Westphal, Remak, Bernhardt, Lues und Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks. — Verhandlungen der Berliner med. Gesellschaft. — Berliner klin. Wochenschr. 1880, Nro. 10 und u. 11. — Westphal, Ueber die Beziehungen der Lues zur Tabes dorsalis. Arch. f. Psych. u. Nerv. XI. S. 230, 1880.

**) Gowers, Syphilis und Locomotor ataxy. Lancet 1881, Jan. 15.

***) Mendel, Syphilis und Dementia paralytica. Berliner klin. Wochenschr. 1879, Nro. 36.

Ich muss mich darauf beschränken, gegen zwei in den Deductionen meiner Gegner eine gewisse Rolle spielende Gedanken und die daraus gezogenen Schlüsse zu protestiren:

Zuerst gegen den Gedanken, dass aus den Ergebnissen der pathologisch-anatomischen Untersuchung eine Entscheidung in dieser Frage gewonnen werden könne; dazu scheint mir die pathologische Anatomie bei ihrem heutigen Standpunkte vollkommen unzureichend; sie hat gerade in dieser Beziehung (sowohl bei der Tabes, wie bei den der späten Syphilis zuzurechnenden Veränderungen) noch so viel selbst zu lernen, dass sie uns unmöglich schon Lehrmeisterin sein kann.

Zum anderen kann aus der uns bekannten Art und Wirkungsweise des syphilitischen Giftes unmöglich auch nur mit einiger Sicherheit gefolgert werden, dass die Syphilis eine „Systemerkrankung", wie die Tabes, *nicht* hervorrufen könne. Der Beweis, dass die Tabes wirklich eine „Systemerkrankung" ist, steht noch aus (— und in der That, was muss das für ein „System" sein, in welchem Augenmuskelnerven und Opticus, die sensiblen Nerven der Extremitäten, die Blasennerven, die coordinatorischen Bahnen, die pupillaren Fasern u. a. m. ihre Stelle finden! —); und wer besitzt die beneidenswerthe Kenntniss des syphilitischen Giftes, um von ihm behaupten zu dürfen, *es könne das nicht?*

Hier kann Behauptung gegen Behauptung gestellt werden; und zwar würde mir es, wenn die Tabes wirklich eine Systemerkrankung wäre, a pirori sehr plausibel erscheinen, dass sie von der Syphilis ausgelösst wird; denn bekanntlich verhalten sich die einzelnen „Systeme" des nervösen Centralorgans gegen verschiedene Gifte in ganz specifischer Weise; warum sollte nicht das syphilitische Gift vielleicht eine besondere Beziehung zu dem gerade bei der Tabes mit Vorliebe erkrankenden System besitzen können?

Freilich scheinen mir alle diese Betrachtungen für jetzt noch ziemlich müssig; vorläufig kann meines Erachtens der Frage nur auf dem Wege genauer klinischer Analyse und der Statistik nahe getreten werden. Da ich über ein ziemlich reiches Material verfüge und da durch den erhobenen Widerspruch eine erneute Verdunkelung und Verschleppung der wichtigen Frage herbeigeführt zu werden droht, sehe ich mich veranlasst, schon jetzt wieder eine Serie neuer Beobachtungen zu publiciren, theils um zu zeigen, dass meine früheren Angaben durchaus zu Recht bestehen und nicht etwa durch Zufälligkeiten bestimmt waren, theils um wiederholt zu allseitiger gewissenhafter Prüfung der so ausserordentlich wichtigen Sache aufzufordern.

Die in Baden vorgeführte Serie von 36 Fällen ist unterdess auf 115 Fälle angewachsen; ich scheide davon 7 Fälle aus, in welchen die Krankheit noch in den allerersten Stadien sich befindet, also die Diagnose nicht ganz sicher ist (nebenbei bemerkt, sind darunter 5 Fälle mit Schanker oder Syphilis); ferner 1 Fall, in welchem genauere Angaben fehlen und endlich die darunter befindlichen 4 Weiber; ich halte es für gerechtfertigt, die Statistik vorläufig auf die Männer zu beschränken, weil bekanntlich die Syphilis bei Frauen

nachträglich schwer zu constatiren resp. vielleicht noch schwerer zu verneinen ist. Es bleiben also 103 verwerthbare Fälle.

Ich nehme davon heute, der Einfachheit wegen, nur No. 1—100; die 3 restirenden Fälle bilden den Anfang des künftigen zweiten Hunderts der Statistik.

Unter diesen 100 Fällen sind nun solche *ohne* alle vorausgegangene Syphilis oder Schanker . . . . 12 pCt.
solche *mit* vorausgegangener Syphilis oder Schanker . . 88 „
(darunter *mit secundärer Syphilis* . . . . 59 „
und mit *Schanker ohne secundäre Symptome* . . . . 29 „

Zur weiteren Erläuterung füge ich hinzu, dass unter diesen 29 Schankerfällen sich 11 befinden, bei welchen Quecksilber, Jodkalium oder Decocte gebraucht wurden, so dass bei ihnen wohl die Annahme eines *harten*, syphilitischen Schankers die zutreffende ist; in 15 anderen Fällen habe ich leider die Ermittelung dieser Verhältnisse unterlassen; nur in 3 Fällen wurde der Schanker direct als „weicher" bezeichnet.

Sehr frappant ist, dass auch in dieser dreifach grösseren Zahlenreihe das Procentverhältniss der Fälle *ohne* alle vorausgegangene Infection genau das gleiche geblieben ist, wie ich es in Baden angab; dagegen hat sich das Verhältniss zwischen den Fällen mit secundärer Syphilis und mit blossem Schanker nicht unwesentlich verschoben. Es wird später meine Aufgabe sein, genauer zu untersuchen, mit welchem Rechte der einfache Schanker schon als eine Manifestation der Syphilis zu betrachten ist; mit der Sammlung passenden Materials bin ich beschäftigt.

Auch in Bezug auf das *zeitliche Auftreten der ersten tabischen Symptome nach stattgehabter Infection* haben sich analoge Verhältnisse wie früher gezeigt; es zeigte sich dasselbe zwischen dem

1. und 5. Jahre in	.	17 Fällen*)
6. „ 10. „ „	.	37 „
11. „ 15. „ „	.	21 „
16. „ 20. „ „	.	3 „
21. „ 25. „ „	.	5 „
nach dem 31. Jahre in	. . . .	2 „
dazu unbekannt	. . . .	3 „
Summa	.	88 Fälle.

Um dem Einwand zu begegnen, als käme die Syphilis vorwiegend bei Tabischen in den höheren Ständen vor, habe ich die Fälle, die in meiner hiesigen Poliklinik zur Beobachtung kamen, zusammengesucht; es finden sich im obigen Hundert nur 12 solche; davon hatten secundäre Syphilis 9 = 75 pCt., die anderen 3 = 25 pCt. hatten weder Schanker noch Syphilis. Die Zahlen sprechen deutlich genug.

Und nun noch die Hauptsache, die *Gegenprobe!* Natürlich wird bis zum Ueberdruss der Einwand wiederholt, dass in den Bevölkerungsschichten, in welchen ich meine Beobachtungen hauptsächlich mache, die Syphilis ein so häufiges Vorkommen sei, dass immer noch ein zufälliges Zusammentreffen möglich wäre.

*) Darunter keiner v o r dem dritten Jahre.

Um diesem Einwande zu begegnen, habe ich mich bemüht, zu ermitteln, bei wieviel Procenten des männlichen, über 25 Jahre alten Theils meiner Klienten, der an irgend welchen anderen, nicht tabischen und nicht direct syphilitischen (zumeist an nervösen) Erkrankungen leidet, sich in der Vorgeschichte Syphilis oder blos Schanker finde. Ich habe jetzt gerade 400 Fälle daraufhin ebenso genau examinirt, wie meine Tabischen; das Resultat zeigt folgende kleine Tabelle:

	Niemals Schanker oder Syphilis.	Secundäre Syphilis.	Schanker allein.
Im ersten Hundert	76	13	11
„ zweiten „	77	13	10
„ dritten „	77	12	11
„ vierten „	79	9	12
also Procentsatz in allen 4 Hundert .	77	12	11

Auch diese Zahlen bedürfen keines weiteren Commentars; man stelle sie einfach den bei Tabischen gefundenen gegenüber! Hier, in ganz denselben Schichten der Bevölkerung ca. 23 pCt., welche Schanker und Syphilis gehabt haben; dort bei den Tabischen aber 88 pCt.! In der That, wenn man der Statistik und Logik nicht alle und jede Berechtigung absprechen will, an der Lösung dieses Problems Antheil zu nehmen, wird man zugeben müssen, dass *diese Zahlen mit grösster Entschiedenheit für die Annahme eines ätiologischen Zusammenhanges zwischen Syphilis und Tabes sprechen.*

Ich bin weit entfernt, diesen Zusammenhang jetzt schon für sicher bewiesen zu halten; noch weiter davon, denselben in irgend einer Weise genauer formuliren zu wollen; aber mir däucht, dass einer Sache von so ausserordentlicher Tragweite gegenüber Jeder das Seinige dazu thun solle, die Wahrheit an den Tag zu bringen. Und das wird nur durch gewissenhaftes und vorurtheilsloses Prüfen von Seiten aller dazu Berufenen möglich sein.

---

111) **von Gudden** (München): Mittheilung über das Ganglion interpedunculare.

(Arch. f. Psych. XI. 2.)

Das Ganglion interpedunculare — beim Menschen in der Decke des Foradmen coecum gelegen — steht bekanntlich durch die Meynert'schen Bündel mit beiden Gangl. habenul. in Verbindung. Die Meynert'schen Bündel kreuzen sich innerhalb des erstgenannten Ganglions. Ihre Fasern sind ungemein zart und schwer von einander zu isoliren. Letztere erweisen sich unter geeigneter Behandlung (besonders auf Horizontalschnitten) ganz entschieden als Axencylinder; erst ausserhalb des Ganglions bekommen sie eine Markscheide. Innerhalb desselben stehen sie mit kleinen eckigen Nervenzellen in

Verbindung. Excision eines Ganglion habenulae bei neugeborenen Kaninchen ruft einen totalen Schwund des gleichzeitigen Meynert-schen Bündels und mit ihm seiner Wurzeln im Gangl. interpedun-cul. hervor. Ueber die physiologische Bedeutung des letzteren ist so gut wie nichts bekannt. Für das Ganglion habenulae scheint das Ganglion interpedunculare ein erregendes Centrum zu sein.

Reinhard (Dalldorf).

---

112) **E. Nawrocki** (Warschau): Ueber die Schweissnerven des Kopfes.

(Medycyna, Nro. 52. 1880).

Nachdem die Versuche des Verf. mittelst Reizung des Schweisscentrums oder Anwendung entsprechender Gifte in den mit Schweissdrüsen versehenen Gesichtspartien bei der Katze den Schweiss hervorzurufen erfolglos geblieben waren, begrüsste er mit Freude die Arbeit von Luchsinger (Pflüger's Archiv. XXII pag. 136), welcher nachwies, dass die Schweissnerven des Rüssels beim Schweine in dem Halssympathicus und dem N. infraorbitalis, keineswegs aber in dem N. facialis verlaufen. Dass beim Menschen ganz ähnliche Verhältnisse obwalten, beweist eine Beobachtung von Domanski in Krakau (Preglad Lekarski 30. 31. 1876, Centralblatt für Nervenheilkunde 5. 1878), sowie ein vom Verf. selbst beobachteter Fall. Da jedoch andere Autoren wie z. B. Adamkiewicz die Schweissnerven des Kopfes in die Bahn des N. facialis verlegten, sowie auch gewisse Beobachtungen an rheumatischer oder traumatischer Facialparalyse für diese Ansicht sprachen, unternahm N. eine Reihe neuer Experimente an Ferkeln.

Faradische Reizung des Halssympathicus rief in kurzer Zeit eine ergiebige Schweisssecretion in der entsprechenden Hälfte des Rüssels hervor, während dieselbe Reizung des Stammes oder der Aeste des N. facialis ohne Erfolg blieb. Die Reizung des Halssympathicus war jedoch ohne Einfluss auf die Secretion des Schweisses nach Durchschneidung des N. infraorbitalis, während die unmittelbare electrische Reizung des N. infraorbitalis eine reichliche Secretion herbeiführte. Luchsinger's Ansicht wurde dadurch bestätigt.

Eine nähere anatomische Untersuchung ergab, dass vom ersten Halsganglion zwei graue Aeste abgehen: ein äusserer liegt unterhalb des Kiefergelenkes und nimmt seinen Verlauf zum Gesichte, während der innere in die Schädelhöhle sich begibt, den sinus cavernosus durchläuft und an der inneren Seite mit dem trigeminus sich verbindet. Reizung des Halssympathicus nach Durchschneidung des N. trigeminus oberhalb des Ganglion Gasseri bringt eine Schweisssecretion zu Stande. Es gelang sogar nach Entfernung des Hirns sammt dem verlängerten Marke mittelst Reizung des Halssympathicus eine reichliche Schweisssecretion herbeizuführen. In weiterer Verfolgung der Luchsinger'schen Angaben hat N. das Rückenmark entblösst, die 2., 3. und 4. vordere Spinalwurzel electrisch gereizt und ebenfalls Secretion des Schweisses erhalten.

Diesen Versuchen zufolge nehmen die Schweissnerven des Kopfes folgenden Verlauf: vom Schweisscentrum im verlängertem Marke

durch das Rückenmark, 2., 3. und 4. vordere Spinalwurzel, rami communicantes zum Brusttheil, dann zum Halstheil des Sympathicus, vom ersten Halsganglion in die Schädelhöhle zum N. trigeminus und in der Bahn des infraorbitalis zum Rüssel.

Domanski (Krakau).

---

113) **Stefani** (Ferrara): Versuche über das Grosshirn.

(Vortr. beim 3. ärztlichen Congress in Genua; Refer. im Arch. p. l. mal nerv. 1880.)

Bei manchen Tauben, denen beide Grosshirnhemisphären exstirpirt worden waren, konnte beobachtet werden, dass sie noch das Vermögen besassen ihren Flug derart zu reguliren, um gerade wie normale Tauben, bevor sie den Boden beim Herabfliegen erreichten die Schnelligkeit der Bewegung zu mässigen, und dabei eine Spirale zu beschreiben. — Die Taube muss also die Entfernung vom Boden berechnen können, ihre psychische Thätigkeit kann daher nicht vollkommen erloschen sein, woraus weiter der Schluss sich von selbst ergibt, dass die Grosshirnhemisphaeren nicht der ausschliessliche Sitz der psychischen Leistungen sei; — wenigstens müsse man annehmen, dass, wenn auch unter normalen Verhältnissen die psychischen Vorgänge in den Grosshirnhemisphaeren sich abspielen, nach Verlust dieser Organe andere untergeordnete Centren diese Function in gewissem Grade übernehmen können.

Obersteiner (Wien).

---

114) **J. Killian** (Mainz): Beiträge zur Lehre von den makroskopischen intracraniellen Aneurysmen.

(Jnaug. Dissert. Würzburg 1879, 71 pag.)

K. berichtet über einen in der Gerhardt'schen Klinik beobachteten Fall von *Aneurysma* der *Art. communicans post. dextra* bei einer 52 Jahre alten Taglöhnerin. Dasselbe hatte die Grösse einer Kirsche und war offenbar traumatischen Ursprungs. Pat. war nämlich zwei Jahre vor der Aufnahme, $2^1/_2$ J. vor ihrem Tode von einem Wagen herab auf den Hinterkopf gefallen. Das Aneurysma war ganz mit Gerinnseln erfüllt und mit dem atrophischen n. oculomotorius verwachsen. Dem entsprechend bestanden während des Lebens die Symptome einer Lähmung des rechten n. oculomotorius. Mit dem lethalen Ende, bewirkt durch Pneumonie und eiterige Spondylitis, hatte das Aneurysma keinen causalen Zusammenhang.

Ferner wird ganz kurz über ein kleines *Aneurysma art. vertebralis dext.* mit sclerotischer Wand berichtet, welches bei der Section einer 49jährigen Kranken mit Hirnsclerose gefunden wurde.

Im Ausschluss an diese Beobachtungen giebt K. eine Pathologie der makroskopischen intracraniellen Aneurysmen, der er ausser den von Lebert gesammelten und verwertheten 86 Fällen (Aneurysmen der Hirnarterien Berlin 1866) 43 weitere noch nicht statistisch verwerthete Fälle aus der deutschen, französischen und amerikanischen Literatur der Jahre 1866—77 zu Grunde legt, so dass seine Arbeit sich als eine Ergänzung der L'schen darstellt.

Nach einer *speciellen* Schilderung der Aneurysmen der verschiedenen in Betracht kommenden Arterien werden Aetiologie, Allgemeine Symptomatologie, Verlauf, Prognose, Diagnose und Therapie der intracraniellen Aneurysmen in zusammenfassender Darstellung abgehandelt. Einzelne besonders characteristische Krankengeschichten resp. Sectionsberichte sowie zahlreiche statistische Tabellen illustriren dieselbe. Um Einzelnes hervorzuheben, so wird in aetiologischer Beziehung die Seltenheit des *traumatischen* (18 Fälle von 131 der Arbeit zu Grunde liegenden), die Häufigkeit des *embolischen* Ursprungs der Aneurysmen behauptet. Letzterer ist, nachdem schon Ogle ihn 1865 nachgewiesen, bekanntlich besonders von Ponfick (Ueber embolische Aneurysmen etc. Virchow's Arch. 58 p. 528 ff. 1873) für die Aneurysmen im Allgemeinen näher begründet worden. Als häufigster Ausgang ergiebt sich die *Ruptur* (61 unter 126 Fällen), und zwar relatif und absolut am häufigsten beim Aneurysma der A. cerebralis media (22 unter 35 Fällen). Sehr selten (2 sichere Fälle) tritt *Naturheilung* ein. Für die seltenen Fälle, in denen intra vitam eine sichere Diagnose auf intracranielles Aneurysma gestellt werden kann — ein solcher Fall von Hutchinson wird ausführlich referirt — empfiehlt Vf. die Digitalcompression der Carotis.

Schliesslich sei noch folgende Tabelle, welche die relative Häufigkeit des Sitzes der Aneurysmen an den einzelnen Hirnarterien, und zwar unter Mitbenutzung der Zusammenstellungen von Gouguenheim (1866) und Bartholow (1871), illustrirt, aus der Arbeit mitgetheilt.

	Lebert u. Killian.	Gouguenheim.	Bartholow.
A. Basilaris	37	17	4
A. Cerebralis med.	35	14	7
A. Carolis int.	18	12	2
A. Cerebralis ant.	10	8	1
A. Communicans post.	9	5	—
A. Communicans ant.	6	2	—
A. Cerebralis post.	6	2	1
A. Vertebralis	5	—	2
A. Meningea med.	2	2	—
A. Cerebelli sup.	2	4	—
A. Cerebelli inf.	1	—	—
	131	66	17

Dehn (Hamburg).

---

115) **Strümpell** (Leipzig): Neuropathologische Mittheilungen.
(Archiv f. klin. Medicin. Bd. XXVIII. H. 1.)

I. Zur Casuistik der apoplektischen Bulbärlähmungen.

Die unter den Erscheinungen des apoplektischen Insultes in Scene tretenden Krankheitsbilder, deren anatomische Ursache in das verlängerte Mark resp. die Brücke verlegt werden muss, können sowohl was den Verlauf als auch den Symptomencomplex betrifft, mannigfache Variationen darbieten. Verf. beschreibt drei Fälle, von

denen der erste dadurch ausgezeichnet ist, dass vollständige Heilung eintrat. Es handelte sich um einen vorher gesunden Mann, welcher, nachdem einige Tage vorher kurze Anfälle von Schwindel vorausgegangen waren, plötzlich bei Erhaltung des Bewusstseins von Schwindelgefühl und Schlinglähmung befallen wurde. Dabei hatte er ein furchtbar brennendes Hitzegefühl in der linken Körperhälfte, die linke Gesichtshälfte war gespannt und schwer beweglich. Der nach drei Tagen aufgenommene Status praesens constatirte eine Ptosis des rechten obern Augenlides, Unvermögen die Stirne zu runzeln rechts, Neigung zu Strabismus internus des rechten Auges, Verstrichensein der r. Nasolabialfalte und Herabhängen des r. Mundwinkels. Die Zunge deviirte ein wenig nach rechts. Gehör, Geschmack und Sprache waren normal, die Sensibilität der Gesichtshaut links aufgehoben, jede Schlingbewegung unmöglich. In der linken Gesichtshälfte bestand constant ein subjectives Wärmegefühl, Kältereize riefen stets eine Wärmeempfindung hervor. Dasselbe Verhalten der Sensibilität fand sich auf der ganzen linken Körperhälfte. Der Puls war verlangsamt. Nach $2^1/_2$ Monaten waren unter galvanischer Behandlung sämmtliche Symptome rückgängig geworden, die Schlinglähmung zuletzt.

Das Hauptsymptom des geschilderten Falles, die Schlinglähmung, lässt den Sitz der Störung an einer Stelle vermuthen, welche das reflectorische Zustandekommen der combinirten Bewegungserscheinungen des Schlingactes besorgt, Nebenoliven (?) nach Schröder v. d. Kolk oder Oliven (?) nach Kesteven. Die begleitenden Symptome weisen darauf hin, dass auch die hintere Hälfte des Pons in Mitleidenschaft gezogen war: rechtsseitige Hypoglossusparese, Vagusreizung (Pulsverlangsamung), rechtsseitige Facialis-, Abducens- und Oculomotoriuslähmung. Die eigenthümliche Störung des Temperatursinns nebst Analgesie wurde wiederholt bei Ponsaffectionen beobachtet. Dass die Störung im Trigeminusgebiete mit derjenigen der Extremitäten gleichseitig war, lässt sich durch die Annahme einer Läsion von Trigeminusfasern erklären, deren Kreuzung bereits in der Brücke erfolgt ist. Was die Art der Störung betrifft, welche dem bulbären Symptomencomplex zu Grunde lag, so scheint es sich mit Rücksicht auf eine bei dem Kranken vorhandene hämorrhagische Diathese um Circulationsstörungen im Ponsgebiete gehandelt zu haben, welche in der Mudulla oblongata zur Hämorrhagie führten.

Der zweite Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass in apoplektischer Weise ein Krankheitsbild in Scene trat, welches dem ganzen Symptomencomplex der progressiven Bulbärparalyse entsprach. Es fehlte nur ein Symptom: die Atrophie der Lippen und Zunge, obwohl eine Lähmung des Hypoglossus vorhanden war. Die faradische und galvanische Erregbarkeit der Zungenmuskulatur erschien normal.

Im dritten Falle konnte die Ursache der apoplektisch eingetretenen Oculomotoriuslähmung als Hämorrhagie im Oculomotoriuskern nachgewiesen werden. Aehnliche Veränderungen werden für die Bulbärkerne angenommen. Leider wurde das Verhalten derselben nicht untersucht.

II. Brachiofaciale Monoplegie mit Sprachstörung, Ausgang in Heilung.

Die vorliegende Beobachtung schliesst sich rücksichtlich des wohlausgeprägten Symptomencomplexes an die bekannten Fälle Ferrier's und Nothnagel's an. Die begleitende Sprachstörung wird als *litterale Ataxie* bezeichnet. Sie war dadurch ausgezeichnet, dass *fremde* Buchstaben eingeschoben resp. mit den ursprünglichen vertauscht wurden, ohne dass das innere Lautgefüge eine Aenderung erfuhr. Die Reizerscheinungen in der gelähmten Extremität hatten einen *tonischen* Charakter, während dieselben gewöhnlich in der Form klonischer Krämpfe auftreten. Sie waren den Anfällen der Tetanie gleichzustellen. Der Fall, welcher anatomisch als Encephalitis aufgefasst werden musste, ging in Heilung über, eine Erscheinung, die ihr Analogon in dem Verhalten anfänglich scheinbar schwerer Myelitisformen findet.

III. Gliom des Halsmarks.

Es handelt sich um eine Erkrankung des Halsmarks, welche schon bei Lebzeiten des Kranken als intramedullarer Tumor gedeutet werden konnte. Die Lähmung begann als gekreuzte und musste demgemäss der Sitz der Erkrankung in die Gegend der Pyramidenkreuzung verlegt werden, eine Stelle, wo eine primäre Myelitis selten vorkommt. Die weitere Entwicklung der Lähmung bis zur vollständigen Paraplegie entsprach ebenfalls der Annahme eines Tumors. Auch der Wechsel in der Intensität mancher Krankheitserscheinungen, nicht nur der spastischen Symptome sondern auch der wirklichen Lähmungszustände sprach hierfür. Wie bekannt, wird diese Eigenthümlichkeit auch bei den Gehirngliomen beobachtet.

Eickholt (Merzig).

---

116) **Dieu** (Setif in Algier): Paraplegie urinaire reflexe.

(Progr. med. 1881. Nro. 2.)

Ein Mann wurde nach einem Tripper, der 6—7 Wochen gedauert hatte, von Beschwerden beim Urinlassen befallen. D. diagnosticirte bei der Catheterisation eine bedeutende Verengerung u. beschloss die innere Urethrotomie. Dieselbe konnte jedoch nicht ausgeführt werden, weil es nicht gelang das Instrument über die Verengerung hinauszuschieben. Nach u. nach stellte sich Eingeschlafensein der grossen Zehen ein und die unteren Extremitäten wurden allmälig so schwach, dass ihm das Gehen und Stehen schliesslich unmöglich wurde. Es konnten nur noch einzelne Beugebewegungen ausgeführt werden. Eine erneuerte Exploration führte zur Diagnose eines Urethralsteines, dicht hinter der Verengerung gelegen, welches offenbar die Reflexparaplegie bedingte. Nach verschiedenen Versuchen gelang es den Stein in die Blase zurück zu schieben. Nachdem der Stein durch den äussern Blasenschnitt entfernt worden war genass der Pat. in kurzer Zeit von seiner Paraplegie.

Halbey (Bendorf).

---

117) **Maracci** (Paris): Excitabilité des nerfs moteurs.
(Progr. med. 1881. Nro. 1.)

M. eröffnete den Rückenmarkscanal eines Frosches in seiner ganzen Länge u. schnitt sämmtliche Wurzel bis auf ein Paar (die correspondirenden sensiblen und motorische Wurzel) ab. Die vordere Wurzel wurde sodann mittelst eines Inductionsstromes gereizt und die Stromstärke bestimmt, welche eben noch eine Zuckung gab.

Durchschnitt nun M. die sensible Wurzel, so anwortete die Reizung der motorischen Wurzel mit dem vorherigen Rollenabstand mit einer ganz energischen Muskelcontraction, woraus er schloss, dass die Durchschneidung der sensiblen Wurzeln die Reizbarkeit der correspondirenden motorischen Nerven erhöhe.

Halbey (Bendorf).

---

118) **Fr. Frank** (Paris): Excitation du pneumo-gastrique.
(Progr. med. 1881. Nro. 1.)

Reitzte Fr. das periphere Ende des pneumo-gastricus, so blieb das Herz stille stehen, jedoch nicht unmittelbar bei Beginn des Experiments, sondern etwas später als die Reizung erfolgte. Fr. erklärt sich dies Verhalten so, dass die Ganglien des Herzens die Reizung des Pneumo-gastricus aufspeicherten und dadurch deren Wirkungen verzögerten.

Halbey (Bendorf).

---

119) **Bouvet** (Paris): Traitement de la douleur par les vibrations mechaniques.
(Progr. med. 1880, Nr. 6.)

Verf. bespricht zunächst die zur Beseitigung von Schmerzen angewandten reizenden und ableitenden Mittel (Akupunktur, Ferrum candens, Wasserinjectionen (die nach Landouzy die Hustenanfälle der Phtisiker mildern), Metallotherapie, Magnetismus, Electricität und die örtlich wirkenden Reizmittel, wie Vesicatoren, Sinapismen, Compressen, getränkt mit Chloroform oder Aether etc.). Er schliesst sich dabei der von Vulpian bei Besprechung der Schmerzen der Atactischen gegebenen Erklärung an, dass die schmerzstillende Wirkung örtlicher Reizmittel, welche selbst, wie dies neuerdings von Brown-Séquard nachgewiesen wurde, allgemeine Anästhesie hervorrufen können, als das Resultat der Reizung sensibler Nerven anzusehen sei, welche von hier aus auf das Centralnervensystem weiter geleitet werde, wodurch auch central bedingte Schmerzen, wie bei Tabes dorsalis beseitigt werden könnten. In Bezug auf die Wirkung der Metalle und Magnete stimmt er der von Vigouroux gegebenen Vibrationstheorie bei und rechnet hierher auch die Wirkung der tönenden Schwingungen. Er erwähnt sodann der Versuche Vigouroux's mit einer grossen Stimmgabel, welche auf einem Kasten als Resonanzboden befestigt war. Vig. rief mit diesem Instrument Muskelcontraction hervor, beseitigte Hemianästhesie und die Schmerzen Tabetischer. Schon Vig. wies aber darauf hin, dass eine raschere und sichere Besserung zu erzielen sei, wenn die Schwin-

gungen möglichst local applicirt würden, wesshalb er den Stiel der Stimmgabel auf einen Knopf befestigte und diesen direct auf den schmerzhaften Nerven aufzudrücken suchte. Durch diese Abänderung handelte es sich aber nicht mehr um den Einfluss der tönenden Schwingungen, sondern um den von einfachen *mechanischen* Schwingungen auf die Nerven, von denen längst bekannt ist, dass sie Schmerzen und andere Sensibilitätsanomalien beseitigen können.

B. construirte sich einen handlicheren Apparat mit einer kleinen Stimmgabel, die 217,5 doppelte Schwingungen in der Secunde machte, welche auf electrische Weise in Schwingungen versetzt wurde. — Beim gesunden Menschen konnte er in 8 bis 20 Minuten Analgesie und selbst deutliche Anaesthesie hervorrufen, besonders an solchen Stellen, wo sich der Nerv an eine festere Unterlage (Knochen) andrücken liess. Bei der Application am Kopf trat nach einiger Zeit Schwindel und Neigung zum Schlafen ein.

Migraine hat Verf. oft rasch beseitigt und glaubt auch das Auftreten der Folgeerscheinungen (Dyspepsie etc.) verhindert, oder die Anfälle doch abgekürzt zu haben. Ebenso beseitigte er Neuralgien der Kopfnerven, besonders solche des Trigeminus, in überraschender Weise. Für die Behandlung von Neuralgien an den Extremitäten standen Verf. keine geeigneten Fälle zur Disposition. Die meissten Nerven der Extremitäten liegen zu tief, sodass sie der directen Einwirkung der Schwingungen nicht zugänglich sind. — B. glaubt, dass die Anzahl der Schwingungen nicht von Belang wären, dass vielmehr die Energie und Intensität der Schwingungen die Hauptrolle spielten.

Halbey (Bendorf).

---

120) **Th. Laffter**: Gehirnerweichung bedingt durch Mikrokokken-Infection bei puerperaler Pyaemie.
(Breslauer ärztl. Zeitschr. 1880. S. 205.)

Verf. beschreibt in der unter der Leitung von C. Friedlaender entstandenen Arbeit folg. 2 Fälle: 1) Eine Frau erkrankte 8 Tage p. part. mit Leibschmerzen, später tritt Somnolenz und Parese der rechtseitigen Extremitäten und des rechten Facialis hinzu, Tod 3 Wochen p. part. Die Section ergab einen pyämischen Lungenabcess, Milztumor, multiple Abcesse der Nieren, frische Endokarditis aortica, puriforme erweichte Thromben in den Venenplexus um die Vagina herum. Im linken Stirnlappen fand sich eine fast hühnereigrosse rothe Erweichung. In den Gefässen der Nieren und des Gehirns in der Nähe des Erweichungsheerdes sah man mikroskopisch massenhafte Mikrokokkenembolieen; die Herde selbst waren zum Theile prall mit den Mikr.-Colonien ausfüllt, anderntheils enthielten sie nur zerstreute, schlangenförmig angeordnete Mikr.-Ketten.

2.) Auch in dem zweiten Falle fand sich bei puerperaler Pyämie mit Endocarditis etc. ein haselnussgrosser, rother Erweichungsheerd im rechten Stirnlappen mit daran schliessender eitriger Meningitis der Convexität; der hystologische Befund war wie im ersten Falle. Klinisch war Somnolenz, indessen keine isolirten Lähmungen beobachtet worden. Stenger (Dalldorf.)

---

121) **W. Gluzinski**: Bericht aus der medicinischen Klinik des Professor Dr. Korczynski über vier Jahre (Schuljahr 1874/75—78/79.)

(Przeglad lekarski 51 u 52, 1880.)

Krankheiten des Nervensystems.

A. Peripherische Neurosen: Neuralgien. Es wurden im Ganzen 79 Fälle beobachtet. Die meisten Kranken waren im Alter zwischen 30 und 50 Jahren. Hiervon waren 39 Fälle von Ischias, 20 betrafen den Trigeminus, die übrigen Nerven wurden in viel geringerer Zahl betroffen. Ischias und Lumbalneuralgie betrafen meisst Dorfbewohner. Eine Cruralneuralgie betraf eine 70jährige Frau mit sehr bedeutenden Varicen der Unterextremitäten. Als ätiologisches Moment wurde meist Malariakachexie, seltener Anämie angetroffen. Bei der Differentialdiagnose zwischen Neuralgie und Neuritis hielt man sich an Nothnagel's Fingerzeige. Von Singultus wurden 23 Fälle geheilt (4 Männer, 19 Frauen). Alle Kranken waren mosaisch und zeigten fast immer noch andere nervöse Zufälle. Manchmal wirkte der Inductionsstrom auf die seitlichen Gegenden des Halses sehr günstig. Von Beschäftigungskrampf wurden 5 Fälle durch den konstanten Strom geheilt (3 bei Schreibern, 2 bei Näherinnen).

B. Vasomotorische und trophische Neurosen. Hierher werden gezählt: Hemikranie 16 Fälle, Morbus Basedowii 15 Fälle, Angina pectoris 2 Fälle und progressiver Muskelschwund 4 Fälle. In den Fällen von spastischer Migräne wirkte Amylnitrit ziemlich günstig, in den Fällen der paralytischen Form wurde ziemlich oft Mydriasis allein oder in Verbindung mit Hyperämie der Netzhaut beobachtet.

Die Fälle von Morbus Basedowii betrafen 3 Männer und 12 Frauen. Die jüngste Frau war 18, die älteste 41 Jahre alt, der jüngste Kranke 20, der älteste 38 Jahre alt. Von den Frauen waren 2 unverehelicht, 6 verheirathet, 4 Wittwen. Die etwas grössere Hälfte betraf Juden. Als disponirende Ursachen werden angeführt: oft auf einander folgende Geburten (zwei Frauen bemerkten das Herzklopfen unmittelbar nach der 9. Entbindung), Blutung post partum (1 Fall), Intermittens und Gebärmutterkrankheiten (2 Fall), Durchfall (1 M.), Schreck (2 F.), Anämie und Clorose. Fast in allen Fällen gingen allgemeine nervöse Störungen: Kopfschmerz, unruhiger Schlaf, allgemeine Aufregung voran (einige Tage bis 4 Jahre). In 6 von 8 Fällen war das erste Symptom Herzklopfen, in einem die Struma und in einem der Exophthalmus. Die Krankheit entwickelte sich bald in einigen Wochen, bald vergingen vom Herzklopfen bis zur Entstehung der Struma einige Jahre. Das Herzklopfen war dauernd, oder trat in Anfällen auf, die durch freie Intervalle von der Dauer einiger Stunden bis zu 8 Tagen getrennt waren.

Die Anfälle waren um so heftiger, je seltener sie waren. Ueber einen, mit hysterischen Krämpfen complicirten, folgt eine Krankengeschichte. Die physikalische Untersuchung des Herzens ergab meist diffusen Herzstoss, Verlängerung der Herzdämpfung, systolisches, anorganisches Blasen über dem linken Ventrikel und der A. pulmonalis. Der Puls war meist beschleunigt, am frequen-

testen während und nach dem Anfall. Die Temperatur war gewöhnlich normal. In 4 Fällen wurde ein Temperaturunterschied zwischen beiden Körperhälften von 0,1—0,7° C. beobachtet. Bei 3 Kranken war die rechte, bei 1 die linke Seite wärmer, auf welcher Seite auch Struma und Exopthalmus grösser waren. In 2 Fällen wurde ein vorübergehender status febrilis beobachtet. Der exophthalmus war bei den meisten Kranken beiderseits, nur einmal am rechten Auge. Sein Grad war verschieden. In 4 Fällen waren die Bulbi ungleichmässig protrudirt. Ihre Bewegungen waren nicht beeinträchtigt. Nur in 2 F. war die Mitbewegung des oberen Lides mit der Erhebung oder Senkung der Blickebene verringert oder aufgehoben, was Graefe als konstantes und pathognomonisches Symptom ansah, dessen Werth jedoch spätere Autoren bedeutend verringert haben. In einem dieser F. trat Ophthalmia catarrhalis auf, die sich jedoch beseitigen liess. Die Sehschärfe war in 2 F. beeinträchtigt. In 4 F. erschienen die Netzhautvenen ausgedehnt.

Das Verhalten der Pupillen ist verschieden. Die Autoren trafen bald keine Veränderungen, bald Erweiterung, bald Verengerung. Von uns wurde dreimal Ungleichheit derselben beobachtet. Struma fand sich in allen Fällen von verschiedener Grösse, nur einmal auf den rechten Lappen beschränkt, sonst betraf sie die ganze Drüse mit Ueberwiegen des einen oder anderen Lappens. Einmal war es gewöhnlicher Gewebskropf, 5mal aneurysmatischer, sonst Gefässkropf. Einmal vergrösserte sich derselbe während des Anfalls von Herzklopfen. Die Harnmenge war nach dem Anfalle gewöhnlich vermehrt, sonst normal, das spezifische Gewicht schwankte zwischen 1009 und 1033. Oft zeigte sich Verlangsamung des Stoffwechsels in dem Auftreten von oxalsaurem Kalk und grösseren Mengen Harnsäure; 2mal fand sich eine Spur Eiweiss, 1mal eine Spur Zucker. Das Verhältniss des Morbus Basedowii zum Diabetes, mit dem er auch in anderen Fällen komplicirt war, harrt noch der Aufklärung. Einseitiges Schwitzen wurde einmal beobachtet mit gleichzeitiger Erhöhung der Temperatur dieser Seite um 0,2—0,3°. Choostek, Fraenkel und Guttmann haben ähnliche Fälle beobachtet. Von Genitalstörungen wurde dreimal cessatio mensium beobachtet. Bei der Behandlung bekämpfte man zunächst die Anämie oder Clorose durch gute Ernährung und Eisen. Gegen die Krankheit selbst Bromkalium, Arsen, Chinin, Hydrotherapie und konstanter Strom auf den Sympathicus, der ähnlich günstige Resultate, wie bei Choostek, ergab. Nicht immer wirkte er gleich rasch, 1mal schon nach 4 Sitzungen. Am raschesten verringerte sich und verschwand sogar der Exophthalmus, schwerer nahm der Kropf ab, vergrösserte sich sogar manchmal. Am hartnäckigsten war das Herzklopfen, dessen Anfälle zwar seltener, aber heftiger wurden. Auch der Puls erfuhr im Gegensatz zu Eulenburg's Beobachtungen, wenig Aenderung. Es folgt eine Krankengeschichte mit Sectionsbefund.

Von progressiver Muskelatrophie wurden 4 F., 3 bei M., 1 bei 1 F. beobachtet. Niewar dieselbe erblich. In allen Fällen begann die Krankheit zwischen dem 17. und 22. Lebensjahre. Bei einem 23j. Schneider wurden zuerst die Interstitien der linken Mittelhand Knochen nach

Erkältung ergriffen, bei einem 21j. Schuster der linke Unterschenkel ohne bekannte Ursache, bei einem 24j. Bauern die Lendenmuskeln und der rechte Unterschenkel nach Erkältung, bei einer 22j. Bäuerin beide Unterschenkel. In 2 Fällen zeigte der Thorax rhachitische Veränderungen. Einmal wurde beiderseitiger Herpes Zoster in der Mitte des Thorax beobachtet, einmal deutliche Schmerzhaftigkeit des ganzen Rückgrats, 2mal begleitete lokale Pseudohypertrophie den Muskelschwund. Die Empfindung war stets normal.

C. Diffuse Neurosen: Hysterie 66 F., Hypochondrie 54 F., Epilepsie 34 F., Geisteskrankheiten 27 F., Chorea 11 F., verschiedene Formen Tremor 5 F., endlich Schwindel, Tetanus und Tetanie je 1 F.

Von Hysterie wurden in der stabilen Klinik nur 10 F. behandelt. Die meisten Kranken waren zwischen 25 und 35 J. alt. Grundlage der Krankheit waren meist protrahirte Chlorose und Uteruskrankheiten, nur ausnahmsweise Erblichkeit, chronischer Darmkatarrh, Perioophoritis mit Dysmenorrhöe und abusus spirituosorum. In 4 von 20 Fällen traten hysterische und epileptische Anfälle auf, neben Ovarialschmerz, so dass Druck in die Fossa iliaca Krämpfe hervorrief. Lähmung der unteren Extremitäten mit zeitweiser Steifheit derselben wurde 1mal (35j. Mädchen), halbseitige Gefühls- und Bewegungs-Lähmung links vorübergehend nach jedem Anfall auch 1mal beobachtet (21j. Mädchen mit chronischer perioophoritis). Gesichts- und Gehörs-Hallucinationen traten 2mal auf. Trophische Störungen in den Kniegelenken in Form leichter Geschwulst und Ungleichheit der Gelenkoberfläche einmal neben Paraplegie. Vasomotorische Störungen in Form eines Erythem von grosser Ausbreitung bei 1 F. mit retroflexio uteri und beständigem Gefühl von Hitze im Bauche.

Es folgt eine sehr ausführliche Krankengeschichte, ein Fall von hysteria virilis bei einem 16j. Gymnasiasten, welchem Onanie zu Grunde lag. Hervorragende Symptome des sehr interessanten Falles waren Blepharospasmus und lähmungsartige Schwäche der willkürlichen und glatten Muskeln. Der Fall wurde geheilt.

Hypochondria (51 M., 3 F.) meist zwischen 20 und 40 Jahre beruhte meist auf Verdauungsstörungen und führte oft zu Wahnvorstellungen von Thieren im Bauche auf Grund gewisser Sensationen.

Epilepsie wurde meist ambulatorisch im Alter von 15 bis 20 J. behandelt. Es folgt eine höchst interessante Krankengeschichte von seit 8 J. bestehender Epilepsie bei einem 46j. Schuster mit aneurysma cirsoideum der extra- und wahrscheinlich auch der intracraniellen Arterien, der natürlich ungeheilt blieb. Derselbe wird auf Lähmung des Halssympathicus, wie von Eccheverria, Schröder und L. Meyer, zurückgeführt.

Geisteskrankheiten wurden nur diagnosticirt, nicht behandelt.

Mit Chorea meldeten sich 5 M. und 6 F. 2mal war sie angeblich nach Schreck entstanden.

Tremor rührte 4mal von alcoholismus chronicus, 1mal von paralysis agitans her.

Vertigo war einmal Symptom einer otitis media chronica.

Tetanus rheumaticus wurde einmal diagnosticirt, Verlauf unbekannt.

Ueber den Fall von Tetanie folgt wegen der Seltenheit der Krankheit eine ausführliche Krankengeschichte. Der 10j. Kranke zeigte anfallsweise krampfhafte Beugung des Kopfes auf die Brust, die oberen Extremitäten lagen gekrümmt dem Rumpf an, das Rückgrat war kahnartig gekrümmt, die Beine an den Bauch gezogen. Das Trousseau'sche Zeichen (Erregung von Krampf in den betreffenden Muskeln durch Druck auf die Arterien- und Nerven-Stämme) wurde vermisst. Landsberg (Ostrowo).

---

122) **Silvestrini G.** (Sassari): Emiplegia, emiepilessia, afasia, trapanazione del cranio.

(Riv. sperim. di fren. VI. B. 1—4 H.)

Ein 14jähriger Bursche erhielt einen Hufschlag gegen die linke fronto-parietal-Gegend. Ausser Kopfschmerz und Schläfrigkeit, waren die Folgen der Verletzung anscheinend nach einem Monate geschwunden, — doch nach weiteren zwei Monaten traten Krämpfe an der rechten Körperseite auf, mit nachfolgender Paralyse der rechtseitigen Extremitäten; allein auch diese Erscheinungen schwanden bald wieder, und der Kranke schien wieder durch 2 Monate hindurch gesund. — Nach der angegebenen Zeit stellten sich abermals Krämpfe und Lähmung der rechten Seite ein. — Die Convulsionen wiederholten sich bis 12 mal innerhalb einer Stunde, gleichzeitig wurde der Kranke aphasisch. Da die Anfälle sich später immer noch mehr häuften und eine hämorrhagische Pachymeningitis in der Gegend der linken Centralwindung angenommen wurde, entschloss man sich zur Trepanation mit Spaltung der Dura mater. Aus der Trepanationslücke wurden späterhin mehrere alte Blutcoagula entfernt. — Sowohl die Aphasie als auch die Lähmung und die Convulsionen besserten sich, doch starb der Kranke am 8. Tag nach der Operation.

Die Section ergab chronische, haemorrhagische Pachymeningitis und purulente Meningitis der linken Seite, sowie 2 kleine Abscesse in der Hirnsubstanz (der hinteren und der vorderen Centralwindung entsprechend); ausserdem war die linke Kleinhirnhemisphaere auffallend verkleinert, derb, ihr Nucleus dentatus fehlend. —

An diesen Fall knüpft S. eine historisch-kritische Darlegung der Anschauungen über das Wesen der Epilepsie, und kommt zu dem Schluss, dass die Epilepsie aufzufassen sei, als der Ausdruck eines Spannungszustandes im ganzen Nervensystem in Folge eines Reizes, der von irgend einer Stelle des Nervensystems selbst ausgehen kann, vorzüglich aber von der Grosshirnrinde, und zwar in den Fällen partieller Epilepsie von der motorischen Rindenzone, obwohl anderseits die Integrität der motorischen Rindenzone nicht absolute Bedingung eines allgemeinen Anfalles ist. —

Auch über die Aphasie, die Pacchymeningitis haemorrhagica u. die Trepanation folgen längere Erörterungen.

Obersteiner (Wien).

---

123) **Kowalewski** (Charkoff): Das Wiegen von Epileptischen als objectives Anzeichen epileptischer Leiden.

(Archiv für Psych. und Nervenkr. 1881. Bd. XI. Heft 2.)

Verf. ist aus der genauen Beobachtung einer grossen Anzahl Epileptischer zu folgenden Schlüssen gelangt:

a) Bei allen Epileptischen unter welcher Form die Epilepsie auch auftreten mag, fällt das Körpergewicht nach jedem Anfalle.

b) Dieses Fallen ist durchaus nicht gleichmässig in allen Fällen und hängt von der Dauer der Krankheit und der Intensität des Anfalles ab.

c) In veralteten Fällen, wo es dem Organismus schon gelungen ist, sich diesen Anfällen anzupassen, und wo diese Anfälle sehr häufig vorkommen, ist die Abnahme des Körpergewichts eine sehr beschränkte, 1—2 Pfund.

d) In frischen Fällen, wo die Anfälle noch vor nicht langer Zeit begannen und ziemlich selten eintreten, ist die Abnahme des Körpergewichtes eine ziemlich bedeutende, 3—12 Pfd.

e) Wenn mehrere Anfälle der Reihe nach stattfinden, so tritt der stärkste Gewichtsverlust nach dem ersten Anfalle ein, nach den anderen ist er nicht gross.

f) Wo, wie beim Status epilepticus, innerhalb 24 Stunden hinter einander 5—20 Anfälle vorkommen, ist der Gewichtsverlust im Ganzen genommen sehr gross, bis 15 Pfd, allein nach jedem einzelnen Anfalle sehr klein. Wenn der Status epilepticus auch noch den andern Tag anhält, so ist der Gewichtsverlust geringer als am ersten Tage, 1—5 Pfund in 24 Stunden.

g) Epileptische Krämpfe (épilepsie grand-mal) sind unter allen Formen der somatischen oder motorischen Epilepsie diejenigen, bei denen der grösste Gewichtsverlust stattfindet, nämlich bis 12 Pfund.

h) Bei epileptischem Schwindel (épilepsie petit mal) tritt ebenfalls ein Gewichtsverlust ein, allein derselbe ist viel schwächer als in den vorhergenannten Fällen — wenngleich auch hier in seltenen Fällen ein grösserer Gewichtsverlust eintreten kann. Gewöhnlich sind Verluste von 2—5 Pfund, allein einmal wurde nach 2 aufeinander folgenden Anfällen ein Verlust von 9 Pfund bemerkt.

i) Bei Epilepsie die mit Erscheinungen von Seiten der seelischen Sphäre verbunden ist, der sogen. Epil. psychica, ist der Verlust am Körpergewicht immer sehr gross und hängt von der Intensität und Dauer des Anfalles ab. Zuweilen beträgt der Verlust $1/4$ des ganzen Körpergewichtes.

k) Die Wiederherstellung des Verlustes am Körpergewicht nach dem Anfalle geht sehr schnell von statten und

l) Behufs Beweisführung durch die Untersuchungen des Körpergewichtes müssen die Wägungen alle Tage sowohl während der Anfälle, als auch in den Intervallen vorgenommen werden.

S t e n g e r (Dalldorf).

---

124) **Kleudgen** (Bunzlau): Albuminurie, ein Symptom des epileptischen Anfalles?
(Archiv f. Psych. XI. Bd. 2 Hft.)

Die auffallende Divergenz der Untersuchungsergebnisse der verschiedenen Autoren in dieser Frage erklärt Verf. aus einer Verschiedenheit oder Unzulänglichkeit des chemischen Theiles der Untersuchung, bespricht ausführlich und unparteiisch die einzelnen bisher gehandhabten Methoden derselben. Bei seinen eigenen (chemischen und mikroskopischen) Untersuchungen des epileptischen Harnes hat er alle bisherigen Erfahrungen in Erwägung gezogen und ein grosses Material sehr sorgfältig und mit Berücksichtigung aller dabei in Betracht kommenden Umstände behandelt.

Die Schlüsse, zu denen Verf. so gekommen ist, können deshalb Anspruch auf volle Gültigkeit erheben. Sie sind folgende: Spuren von Eiweis sind in jedem Harne nachweisbar, sobald derselbe einen gewissen Concentrationsgrad besitzt.

Periodische geringe Steigerungen kommen auch ohne gleichzeitige Zunahme des specifischen Gewichts nicht so selten vor, ohne dass man sie als Symptom einer Nierenerkrankung aufzufassen Grund hätte.

Der nach einem epileptischen Anfalle entleerte Urin zeigt weder Eigenthümlichkeiten der Reaction noch des Concentrationsgrades.

Eine nachweislich durch einen epileptischen Anfall verursachte Zunahme des Eiweisgehaltes des Harnes ist sehr selten und immer gering, zudem bei männlichen Epileptikern in den meisten Fällen durch Samenbeimischung verursacht.

Harncylinder wurde nur bei einem an Nephritis leidenden Epileptiker im Harne beobachtet, sonst aber nie nach einem epileptischen Anfalle gefunden.

Es ist desshalb eine Verwerthung des Symptoms des vermehrten Eiweisgehaltes des Harns nach epileptischen Insulten zur Diagnose in zweifelhaften oder forensischen Fällen, wie dies mehrfach behauptet wurde, nicht möglich. Stenger (Dalldorf).

---

125) **Baistrocchi E.** (Parma): Sopra un idiota microcephalo. (Ein mikrocephaler Idiot.)
(Riv. sperim. di freniatr. VI. B. 1—4 H.)

In Folge einer im 20. Lebensmonate durchgemachten Encephalitis soll bei dem betreffenden Knaben eine Hemmung in der Entwicklung eingetreten sein; es wurde an dem idiotischen Kinde Atrophie neben Contractur der rechten Extremitäten constatirt.

Im 16. Jahre starb der Kranke. Das Gesammtgewicht des Gehirnes betrug 660 grm. davon entfallen auf die rechte Hemisphäre 352, auf die linke 153 grm. — Länge der rechten Hemisphäre: 128 mm., der linken: 108 mm., Breite der rechten Hemisphäre: 70 mm., der linken: 55 mm.

Die sehr eingehend mitgetheilten Windungsverhältnisse, sowie die genauen Maassangaben des Schädels und des übrigen Skelettes können im Referate nicht wiedergegeben werden.

Obersteiner (Wien).

---

126) **A. Pick** (Prag): Beitrag zur Lehre von den Hallucinationen.
(Jahrb. f. Psych. II., 1.)

Ein 28 J. alter Comptoirist, hereditär belastet und vor einiger Zeit syphilitisch inficirt erkrankte unter den Erscheinungen hallucinatorischer Verrücktheit (Verfolgungs- und Grössenwahn). Er hörte Schlechtes über sich reden, eine Dame verfolgt ihn mit ihrer Liebe, man stellte ihm abscheuliche Zumuthungen, er wurde elektrisirt, magnetisirt, er sah Gestalten, ein brennendes Haus, u. dergl. Häufig hörte er die Stimme nur mit dem rechten Ohre, manchmal verschwanden dieselben, so wie er dieses Ohr zuhielt, traten dann aber oft links auf. Die Gesichtshallucinationen betrafen stets nur das rechte Auge. Sie traten nur dann auf, wenn die Augen geschlossen waren, meist des Abends, zuweilen auch unmittelbar nach dem Erwachen. Beim Oeffnen der Augen verschwanden diese Erscheinungen. Dass Pat. wirklich nur auf dem rechten Auge hallucinirte, geht schon daraus hervor, dass er die Erscheinungen immer dem rechten Auge gegenüber sah. Noch einleuchtender wurde dies durch eine höchst interessante Thatsache: *Pat. sah nämlich oft nur Theile von Gestalten, Köpfe, Füsse* u. s. w. Meist waren es die oberen Partien von Menschen und Gegenständen. Dieselben grenzten sich gegen die unteren in Dunkel gehüllten ganz scharf ab; auch waren es immer nur kleinere übersehbare Bilder, nie grössere Scenen wie im Traume. Die Sehprüfung ergab einen breiten Sehfelddefekt des rechten Auges nach oben, ohne positiven ophthalmoscopischen Befund. Der beste Beweis für die Halbseitigkeit der Hallucinationen in diesem Falle ist ihre partielle Beschaffenheit, die natürlich nur von dem Gesichtfeld-Defekt abhängen kann. Derselbe bedingte „partielle“ Gesichtseindrücke auf dem rechten Auge, wenn sie dem Patienten auch beim Sehen mit beiden Augen nicht zum Bewusstsein gekommen waren. In sofern beweisen diese „partiellen“ Hallucinationen ferner, dass Hallucinationen im Allgemeinen nur projicirte Reproduktionen früher stattgehabter realer Sinneseindrücke sind. Dass hier gerade das rechte optische System (s. v. v.) das hallucinirende war, erklärt sich daraus, dass die dem Gesichtsfeld zu Grunde liegende Läsion dasselbe wohl zu einem locus minoris resistentiae gemacht haben wird. Den Sitz dieser Läsion verlegt Verf. in den hinteren Abschnitt der linken inneren Kapsel, wo alle oder der grösste Theil der für die ganze Retina des einen Auges bestimmten Fasern gemeinschaftlich verläuft: bei einem höheren Sitz der Läsion hätte auf beiden Augen ein Gesichtsfeld-Defekt bestanden (nach Analogie der Hemiopie). Ueber die Natur der Affektion spricht er sich nicht weiter aus.

Reinhard (Dalldorf).

---

127) **Victor Kaudinsky** (Moskau): Zur Lehre von den Hallucinationen
(Archiv f. Psych. XI. 2.)

Verf. hatte Gelegenheit in einem Anfall von primärer Verrücktheit an sich selbst interessante Beobachtungen über das Wesen der Halluncinationen anzustellen. Er litt an Halluncinationen sämmt-

licher Sinne mit Ausnahme des Geschmackssinnes, besonders lebhaft waren die Gesichtshallucinationen, weshalb Verf. in seinem Aufsatz auch nur auf sie Rücksicht genommen hat. Dieselben waren sowohl elementarer Art (Funkensehen, Phosphoresciren) als auch hoch complicirter Natur (ganze Landschaften mit Himmel, Wasser, Bäumen, Thieren etc.) und wurden ausserdem noch begleitet von Gesichts-hallucinationen hinsichtlich des Gleichgewichts des Körpers und dessen Lage im Raume (Drehen der Objecte um die Achse des Körpers, Radförmige Bewegung derselben im Gesichtsfeld, heben, senken, Hin- und Herschieben der Wände, des Fussbodens u. s. w.). Während der ersten Monate der Krankheit, während des *intellektuellen Deliriums* (Reichthum der Gedanken, gesteigerten Ablauf, Regellosigkeit derselben) mit vorwiegend gedrückter Stimmung fehlten die H. gänzlich. Dieselben traten erst auf, als sich eine *Erschöpfung des Gehirns* (in Folge der vorhergegangenen angestrengten Thätigkeit, durch Schlaflosigkeit und absichtliches Hungern) eingestellt hatte. Wahnideen, Zwangsvorstellungen, Gemüthsstimmung und Gedankenrichtung beeinflussten kaum in nennenswerther Weise den Character der Gesichts-H., wohl aber standen letztere grösstentheils im Einklange mit dem persönlichen Character und der Bildungsstufe des Verf's.. und nur ein Bruchtheil im späteren Verlauf der Krankheit harmonirte hiermit nicht. Je stärker das Sinnesdelirium wurde, desto mehr trat das intellectuelle Delirium in den Hintergrund. Aufmerksamkeit steigerte die Production der H. Ausschliessen jeder Activität begünstigte ihr Zustandekommen ebenfalls, sonst war jeder Einfluss des Willens auf sie ausgeschlossen. Niemals gelang es, absichtlich eine H. hervor zu rufen, wohl aber Erinnerungsbilder und Phantasien; doch unterschieden sich letztere von ersteren stets durch den Character der Subjectivität. Erst durch die H. wurden bei dem Verf. ausgebildete Wahnideen erzeugt, letztere müssen daher als secundärer Natur betrachtet werden. Manche H. des Gesichts waren blass und wie verschwommen, andere wieder sehr deutlich bis in die feinsten Farbennuancen der Bilder, zum Theil sogar grell. Sowohl bei offenen wie bei geschlossenen Augen entstanden die H., im letzteren Falle waren es mehr körperliche Gegenstände (Statuen u. dergl.) auf dunklem Hintergrunde. Die elementaren H. traten erst secundär und mehr als Nebenerscheinungen des Sinnesdeliriums auf. Es gelang dem Verf. schliesslich bei energischer Willensanstrengung trotz der H. zu lesen, sich zu beschäftigen und von denselben abzulenken. Dadurch erblassten dieselben immer mehr. Verf. ist jetzt geheilt und bekommt nur noch nach angestrengter geistiger Thätigkeit, wenn er nicht gleich einschlafen kann, Gesichts-H.; er nennt dieselben *hypnotische*. — Als nothwendige Bedingung für das Zustandekommen aller H. bezeichnet Verf.: *Herabsetzung der Vorderhirnthätigkeit und zugleich ein erregter Zustand der Sinnescentren, sowohl der corticalen als der infracorticalen.* Bis auf die „corticalen Sinnescentren" befindet sich Verf. somit im Einklang mit Meynert.

Reinhard (Dalldorf).

II. Internationaler Medicinischer Congress
zu London 2.—9. August 1881.

Section VIII. Psychiatrie.

Präsident:

Dr. Lockhart Robertson.

Vice-Präsidenten:

Dr. Chrichton Browne. Dr. Maudsley.

Beisitzer:

Dr. J. Ashe, Dundrum, Dublin.
Dr. Blandford, London.
Dr. T. S. Clouston, Edinburgh.
Dr. T. S. Eames Cork.
Dr. Arthur Mitchell, Edinburgh.
Dr. H. Monro, London.
Dr. W. Orange, Broadmoor.
Dr. H. Rayner, Hanwell.
Dr. Claye Shaw, Banstead.
Dr. Sibbald, Edingburgh.
Dr. Hack Tuke, London.
Dr. S. W. D. Williams, Hayward's Heath.

Secretaire:

Dr. Gasquet,
127, Eastern Road, Brighton.

Dr. Savage,
Bethlem Hospital, St. George's Road, London, S.E.

Tagesordnung.

Anatomie. 1. Die verschiedenen Methoden zur Darstellung von Nervenpräparaten. 2. Anscheinend pathologische Veränderungen, die in Wirklichkeit der Präparationsmethode zur Last zu legen sind. 3. Die microscopische Anatomie der einzelnen Gehirnabschnitte.

Physiologie. 1. Welche Beziehungen bestehen zwischen localen Erkrankungen des Gehirns und psychischen Symptomen, wie z. B. Hallucinationen? 2. Der Hypnotismus.

Pathologie. 1. Der Blödsinn und die dabei vorkommenden morphologischen und histologischen Veränderungen. 2. Das Verhältniss der Geisteskrankheiten zu Gicht, zu den Nierenkrankheiten, zur Basedow'schen Krankheit und zu gröberen Erkrankungen des Gehirns.

Klinik. 1. „Folie à double forme.“ 2. Ueber den Einfluss von intercurrirenden Krankheiten auf Geisteskrankheiten. 3. Geisteskrankheiten nach Vergiftung.

Therapie. 1. Der Gebrauch von Bädern, die Anwendung von narcotischen Mitteln, Chloralhydrat, Opium und Alcohol. 2. Neue und selten angewendete Mittel.

Administration von Irrenanstalten. 1. Behandlung in Privat-Familien und in Irren-Colonien. 2. Neue Gesetzgebung; Oesterreichische, Italienische und Englische Vorschläge.

Die Stellung der Irren zum Civilrecht. 1. Heirath. Das Recht, testamentarische Bestimmungen zu treffen. 2. Geisteskrankheit und Aphasie.

Die Stellung der Irren zum Criminalrecht. Besondere Irrenanstalten für geisteskranke Verbrecher.

Aus den anderen Sectionen heben wir noch folgende Gegenstände der Tagesordnung hervor.

Section II. Physiologie. 1. Die Functionen der Grosshirnrinde, besonders in Bezug auf die Frage der Localisation. 2. a) Der physiologische Beweis zu Gunsten der Existenz von trophischen Nerven, b) der Einfluss des Nervensystems auf die thierische Wärme. 3. Periphere Nervenendigungen (mit Ausnahme derjenigen des Nerv acusticus, opticus und olfactorius). 4. Ueber den Mechanismus, durch den der Herzschlag regulirt und aufrecht erhalten wird. 5. Die Functionen der grauen Substanz des Rückenmarks. 6. Der nervöse Mechanismus der Respiration. 7 Gefässerweiterende Nerven.

Section III. Pathologie und patholog. Anatomie. 1. Neue Untersuchungen über die patholog. Anatomie des Gehirns und Rückenmarks. (Ausstellung von mikroscop. Präparaten; Gelegenheit zur Demonstration von Untersuchungsmethoden und Instrumenten).

Section IV. Innere Medicin. 1. Localisation von Gehirn- und Rückenmarksleiden nach klinischen Symptomen. 2. Trophische Veränderungen nervösen Ursprungs. 3. Die laryngoscopisch wahrnehmbaren Veränderungen in Folge von Erkrankung oder Verletzung der motorischen Kehlkopfnerven. 4 Die Sensibilitätsneurosen des Schlundes und Kehlkopfes.

Section VII. Kinderheilkunde. 1. Ueber die verschiedenen Arten der spinalen Lähmung und Myelitis bei Kindern. 2. Der Zusammenhang der Chorea mit dem Rheumatismus in besonderer Beziehung auf die Herz-Geräusche, die so häufig die Chorea begleiten.

Section IX. Ophthalmologie. 1. Der Zusammenhang zwischen Neuritis optica und intracraniellen Erkrankungen. 2. Ueber Augensymptome in Folge von Erkrankung des N. sympathicus. 3. Hysterische Amblyopie und Amaurose. 4. Pathologische und klinische Beobachtungen über Krankheiten des Gangl. ciliare. 5. Motilitätsstörungen der Augenmuskeln, die durch centrale Krankheiten hervorgerufen werden.

Im „*Museum*“ werden ausgestellt sein Präparate über Hydrocephalus externus. An lebenden Beispielen wird zu sehen sein 1) Addison'sche Krankheit. 2) Myxoedem. 3) Primäre Muskelatrophie. 4) Ruptur des Plex. brachialis und anderer grossen Nervenstämme. 5. Scleroderma u. s. w. u. s. w.

Die Redaction d. Bl. ist zu jeder weiteren Auskunft über den Congress bereit. Dieselbe sucht einen Berichterstatter für den Congress.

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 Mark. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 Mark freie Station. 3) Halle a. Saale, a. II. Volontärarzt, 1050 M. fr. Stat. b. Assistenzarzt an der psychiatr. Klinik, 8. Juni, 1500 Mark u. fr. Station. 4) Owinsk (Posen) a. II. Arzt 3000 Mark und freie Familienwohnung. b. Assistenzarzt, 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 5) Leubus, Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat. 6) Marsberg, a. Volontairarzt sofort, 600 Mark, fr. Stat.; b. Assistenzarzt, 1. März 1200 M., freie Station, für Beide Bedingung: kath. Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 7) Marienthal bei Münster i. W, Volontairarzt, 600 Mark, fr. Stat. 8) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1200 M., fr. Stat. 9) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) Volontairarzt, sofort, 450 + 600 Mark, fr. Sat. 10) Grafenberg (Düsseldorf), Volontairarzt sofort; 600 M., fr. Stat. 11) Sonneberg (Thür.) Wasserheilanstalt, Assistenzarzt, März; 125 M. pro Monat, fr. Stat. 12) Grafenberg bei Düsseldorf (provincst. Irrenanstalt) II. Arzt und stellvertr. Director, 1. Juli, 3000 M., Familienwohnung, Garten, Heizung und Beleuchtung. Meldung an den Landesdirector Frhr. v. Landsberg in Düsseldorf. 13) Düren (provincst. Irrenanstalt) II. Arzt und stellvertretender Director, 1. October. Gehalt, Meldung etc. wie bei Grafenberg. 14) Kaiserswerth a Rh., Privat-Irrenanstalt der Diaconissen. Dirigirender, verheir. Arzt, 3000 M., freie Wohnung. 15) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Creutzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Minden (Minden), Ragnit (Gumbinnen), Osterode (Königsberg), Ottweiler (Trier), Sensburg (Gumbinnen), Samter (Posen), Schönau (Liegnitz), Stuhm (Marienwerder), Worbis (Erfurt), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Ehrenbezeugungen. Reg.- und Med.-Rath Dr. Schwartz in Cöln und Reg.- und Med.-Rath Dr. Schwartz in Trier zu Geheimen Medicinalräthen. — Geh. San.-Rath Dr. Fanninger, Kreisphysicus in Naugard und Hofrath Dr. Grabowsky, Kreisphysicus in Bendin, erhielten den rothen Adlerorden III. — Dr. zum Sande, Kreisphysicus in Lingen zum Sanitätsrath.

Versetzt. Kreisphysicus Dr. Claus zu Worbis in den Kreis Warburg i. W.

Besetzte Stellen. Sorau, Director, Herr Dr. Schmidt, bisheriger II. Arzt der Anstalt.

IV. Correspondenz der Redaction.

Prof. Dr. Obersteiner in Wien, wenn Sie die neurolog. Contributions von Hammond u. Morton referiren wollen, so werden wir Ihnen sehr dankbar sein. — Dr. Hinze in St. Petersburg, mit grösster Freude Ihre Sendung erhalten; die zugesagten Protocolle werden sehr willkommen sein. Gruss. — Dr. Schultz in Braunschweig, 1) Wir haben Sie nicht vergessen. 2) Semesterweise.

Druckfehler.

Seite 104 Zeile 5 v. u. liess statt „dem Schlusse": „Die Vermuthung". — Nr. 6. Ref. Nr. 97 liess „Lüdwitz" statt „Lüderitz".

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. 15. April 1881. Nro. 8.

INHALT.

I. Referate.

128) **Exner, Sigm.** (Wien): Zur Kenntniss vom feineren Bau der Grosshirnrinde.

(Anzeiger der Kais. Acad. d. Wissensch. zu Wien.)

Diese Abhandlung bringt den Nachweis, dass die Rinde des grossen Gehirns ein ungemein reiches Geflecht von markhaltigen Nervenfasern enthält, die in den verschiedensten Richtungen verlau-

fen und sich niemals theilen; — sie bilden einen grossen Theil jener Masse welche man bisher als Zwischensubstanz der Rinde anzusehen pflegte. Das Verhalten dieses Geflechtes ist in den verschiedenen Schichten der Rinde ein ungleiches. — Beim neugeborenen Kinde findet man in der äussersten Schichte in unregelmässiger Anordnung Ganglienzellen, welche ungefähr doppelt so gross sind wie die beim Erwachsenen an dieser Stelle anzutreffenden Zellen. —

Obersteiner (Wien).

---

129) **Roller C. F. U.** (Strassburg): Eine aufsteigende Acusticuswurzel.
(Arch. f. mikrosk. Anat. XVII B. 5 Seit. 1. Taf.)

130) **Roller C. F. U.** (Strassburg): Die Schleife.
(ibid. XIX B. 74 Seite 6 Taf.)

Zwischen dem Corpus restiforme und dem medialen (Haupt-) Kerne des Acusticus macht sich in der Höhe des Calamus scriptorius eine Anzahl von Faserquerschnitten bemerkbar, die wahrscheinlich zum grossen Theil aus dem Funiculus cuneatus stammen. Die meisten dieser Fasern biegen in der Gegend des lateralen (grosszelligen) Acusticuskernes in die vordere (innere) Acusticuswurzel um und stellen demnach eine aufsteigende, spinale Acusticuswurzel dar. —

In der zweiten sehr ausgedehnten Arbeit wird der Verlauf der Schleife vom Rückenmarke bis in die Thalamusgegend eingehend erörtert. Die Schwierigkeit der betreffenden anatomischen Verhältnisse, sowie der Umstand, dass der Verf. eine grosse Anzahl neuer Bezeichnungen einführt machen eine kurze Besprechung des Inhaltes dieses Aufsatzes nicht möglich.

Während der Rückenmarksantheil der Schleife seine meisten Fasern aus dem Vorderstrangquerbündel bezieht betheiligen sich aber auch Seitenstrang und Hinterstrang an deren Bildung.

Wahrscheinlich führt die Schleife auch theilweise Fasern vom Thalamus zum Rückenmark. Besonderen Werth legt aber Verf. auf den Umstand, dass wir zweifellos in der Schleife Bahnen vor uns haben, welche dem Opticus, dem Trigeminus und dem Acusticus angehören. Es drängt sich daher die Erwägung auf, ob es nicht begründet sei, der Schleife ausgedehntere sensorische Functionen zu zuerkennen; wenn auch manche Gründe dafür sprechen, so liegen allerdings vorderhand noch keine physiologischen Daten vor, welche diese Annahme bestätigen würden.

Obersteiner (Wien).

---

131) **v. Gudden** (München): Ueber den Tractus peduncularis transversus.
(Arch. f. Psych. XI. 2-

Verf. hält Juzanie und Lemoigne gegenüber daran fest, dass der Tractus puncul. transvers ein sehr zartes Nervenfaserbündel ist, welches am oberen Rande des oberen Hügels vom Corp. quadrigem. zu Tage tritt, sich lateral und ventral um den Hirnschenkelfuss schlägt und am medialen Rande des letzteren etwas oberhalb des Austritts von N. oculomot. wieder verschwindet. Das, was die genannten Forscher hinzugerechnet und mit unter dem Namen „Fas-

cio uncinato“ verstünden, habe mit dem Tract. peduncul. transv. nichts zu thun. Der Querstrang ihres „Fascio uncinato“ sei nichts anderes, als die Meynert'sche Commissur und der Längsstrang nichts anders als der laterale Rand des lateralen Theils vom Pedun-cul. cerebri. Diese Theile atrophirten nach Excision der Augäpfel beim neugebornen Thiere nicht, während dies bei dem von ihm als Tract. penduncul. transvers. bezeichneten Nervenfaserbündel stets der Fall sei. Den Zusammenhang derselben mit der Hirnrinde habe er übrigens noch immer nicht nachweisen können, ebensowenig, ob derselbe in direkter Beziehung zum Sehact stände oder vielleicht eine Verbindung zwischen dem ersten Centrum des Sehapparates und den Centren der motorischen Augennerven darstelle. Abtragung des oberen Hügels vom Corp. quadrigem. bringe das genannte Faserbündel nicht zur Atrophie.

Reinhard (Dalldorf).

---

132) **Pertik, Otto** (Strassburg): Untersuchungen über Nervenfasern.

(Arch. f. mikroskop. Anatomie XIX. B. 57 S. 1 T.)

Vorliegende Arbeit beschäftigt sich ausschliesslich mit dem Bau- und dem chemischen Verhalten des Nervenmarkes resp. des Myelins; Axencylinder und Degenerationsvorgänge an Nerven sollen in einer späteren Abhandlung besprochen werden. Es möge genügen hier darauf hinzuweisen, dass Verf. das von Ewald und Kühne beschriebene Horngerüste der Nervenfasern, die Hornspongiosa, keineswegs als praeformirt, sondern nur als das specifische Resultat der Alcohol-aetherextraction erklärt.

Obersteiner (Wien).

---

133) **Witkowsky** (Strassburg): Zur Nervendehnung.

(Arch. f. Psych. u. Nervk. Bd. XI. Hft. 2.)

Verf. nahm an den gedehnten Nervenstämmen todter und lebender Thiere die mikroskopische Untersuchung vor und fand, dass die Nervendehnung nicht, wie man bisher annahm, rein dynamisch oder durch Veränderung der Circulation wirkt, sondern auch, indem sie die Leitung in einer Anzahl von Fasern aufhebt und einen Degenerationsprozess veranlasst, der sich in die Peripherie erstreckt, welchem Prozesse sehr bald auch Regenerationserscheinungen folgen. Es ist demnach die Nervendehnung als eine Art von Auffrischung der Nerven zu betrachten, wodurch die normaler Weise vorkommenden Vorgänge von Untergang und Neubildung beschleunigt und vermehrt werden. Von diesem Gesichtspunkte aus erscheine die Operation in einem neuen, sehr günstigen Lichte.

Stenger (Dalldorf).

---

134) **Bochefontaine** (Paris): Ectromélie unithoracique chez une chienne. (Angeborener Mangel einer vorderen linken Extremität bei einer Hündin.)

(Archives de Physiol. norm. et path. 1881. 2 H.)

Bei dem in Rede stehenden Thiere erschien die linke Scapula kleiner als die rechte; als Rudiment des linken Humerus fand sich

ein kaum erbsengrosser Knochen. — Der Gyrus sigmoideus war linkerseits merklich grösser, als die entsprechende Windung der anderen Seite; eine histologische Differenz war nicht nachzuweisen. Das 5. u. 6. Cervicalnervenpaar mit seinen Ganglien erschien links auffallend atrophisch, ebenso zeigte sich in der Höhe der angegebenen Nerven eine merkliche Atrophie der linken Rückenmarkshälfte. — Querschnitte durch das Cervicalmark in dieser Gegend boten folgendes Bild dar: Die weissen Stränge, besonders aber die Hinterstränge sind linkerseits kleiner als rechts. — An der grauen centralen Masse sind die Vorderhörner wenig, noch weniger aber die Hinterhörner ausgeprägt. Die Vorderhornzellen der äusseren Gruppe fehlen vollständig, die der medialen Gruppe sind sparsam. — Sonstige histologische Zeichen eines Degenerationsprocesses fehlen. Die rechte Rückenmarkshälfte bietet keine Abnormitäten dar.

Obersteiner (Wien).

---

135) **Mc Nicoll** (Southport Infirmary): Fatal case of depressed fracture of skull, with slight symptoms.

(The Lancet 12. II 1881).

Die Patientin hatte am 11. November 1880 im Streite einen Hieb mit einem Schürhacken auf den Kopf erhalten. Eine kleine Hautwunde und eine runde Knochendepression von der Grösse eines 6 Pencestückes nah am obern Rande des Stirnbeins und etwas nach links von der Mittellinie waren die nächste Folge. Leichter Stirnkopfschmerz, leichte Temperaturerhöhung bei gutem Schlaf und Appetit waren die weitern Erscheinungen. Am 3. Dezember wurde Pat. auf einmal comatös und starb nach 24 Stunden.

Bei der Section fand sich: die innere Tafel entsprechend der Depressionsstelle in grösserem Umfange gebrochen, die Dura mit Eiter belegt, nach dem Einschneiden flossen mehrere Unzen eitriger Flüssigkeit heraus. Der ganze *rechte* Vorderlappen war zerstört und in eine schmutzig braune halbflüssige Masse verwandelt. Am übrigen Theil der rechten Hemisphäre die Zeichen von Compression. Die *linke* Hemisphäre erschien ganz normal und gesund. (Ob rechts und links hier richtig angegeben sind? Ref.)

Karrer (Erlangen).

---

136) **Kingston Barton** (London): Penetrating gunshot wound of the skull; lodgement of bullet in the interior of cranium; recovery. (Penetrirende Kopfschusswunde, Verbleiben der Kugel im Schaedelraum, Heilung.)

(The Lancet 1881. 12. Februar.)

Bei einem 22jährigen Manne verursachte eine 34 Gran schwere Pistolenkugel, welche 2″ über den Augenbrauen und $^1/_3$″ nach links von der Medianlinie in den Schaedel eingedrungen war, ohne ihn wieder zu verlassen anfänglich Symptome von Hirndruck. Allmählich schwanden dieselben, eine am 6. Tage vorgenommene Sondirung der Wunde, bei welcher die Sonde mit Leichtigkeit von vorn nach hinten geschoben werden konnte, hatte keine üblen Folgen. Geruch

und Geschmack waren verloren, die linke Sehnervenpapille geschwollen ischaemisch. Die stetig fortschreitende Besserung wurde am 4. Tage für ein paar Tage durch Fieber mit Kopfschmerz, Erbrechen, Bewusstlosigkeit und Delirien unterbrochen, schliesslich aber trat völlige Heilung ein.

Karrer (Erlangen).

---

137) **Bruntow** (London): Gunshot wound of brain. (Schusswunde des Hirns.) Aus dem Sitzungsbericht der Med. Society of London, 31. Jan. 1881.)

(The Lancet 12. II. 1881.)

In einem Selbstmordversuch hatte sich ein 29jähriger Mann mit einer Pistole in die Stirne geschossen; eine Ausgangsöffnung bestand nicht. Die Genesung erfolgte so vollständig, dass Zweifel entstanden, ob die Kugel wirklich eingedrungen sei. Nach Verlauf von 29 Jahren starb der bis dahin gesunde Mann unter Erscheinungen eines acuten Rückenmarksleidens. Die Schaedelsection ergab, dass die Kugel den linken Sinus frontal. durchsetzt hatte und in der innern Wand stecken geblieben war. Sie ragte in den Schaedelraum vor, hatte Verdickung der Häute Flüssigkeitsansammlung darunter und Zerstörung eines Theiles der zweiten und dritten Frontalwindung linkerseits verursacht. Hervorgehoben wurde von Vortragenden, dass jegliche krankhafte Erscheinungen, auch Kopfschmerzen gefehlt haben.

Karrer (Erlangen).

---

138) **Daniel Clark** (Torento-Ontario): Brain lesions und functional results. (Hirnläsionen und Functionsstörungen).

(American Journal of insanity. Januar 1881.)

Verf. wendet sich in der angegebenen Arbeit hauptsächlich gegen die Localisationstheorie d. h. gegen die Annahme wirklicher motorischer Centren in der Hirnrinde. Er bekennt sich zu der Anschauung, dass die motorischen Centren in den Basalganglien gelegen seien und dass die Grosshirn- und Kleinhirnmassen nur Aufspeicherungsräume für Nervenenergie bildeten, von welchen wohl ein Anstoss aber nie eine Direction ausgehen könnten. Gegen die Theorie motorischer Rindencentren führt Verf. die Ergebnisse von bekannten Thierexperimenten, physiologisch-theoretische Ausführungen und Beobachtungen am Krankenbette ins Feld. Die letzteren besonders führt er als Beweis dafür auf, dass häufig Verletzungen sog. motorischer Bezirke ohne jegliche characteristische Störung ablaufen, dass ferner gleichzeitige Verletzungen die verschiedensten Erscheinungen bedingen.

Verf. theilt in Kürze aus dem americanischen Secessionskriege 16 Krankengeschichten von penetrirenden Kopfschusswunden mit, bei welchen meist in ziemlich kurzer Zeit völlige Heilung eingetreten war. Die Fälle sind aus den chirurgischen Berichten ausgewählt. Ausserdem führt Verf. aus der neuern Literatur noch mehrere Fälle

auf, bei welchen ebenfalls Verletzungen der Hemisphären stattgefunden hatten ohne Ausfall von Functionen denen die verletzten Hirntheile vorstehen sollten. Verf. selbst behandelte vor 17 Jahren einen Knaben, welchem durch den Hufschlag eines Pferdes ein Splitterbruch des rechten Frontal- und Parietalbeines zugefügt worden war. Nach Entfernung der Splitter, Abtragung der verletzten Häute und Hirnsubstanz kehrte das Bewusstsein zurück, und ohne Temperatursteigerung trat Heilung ein ohne irgend welche geistigen oder motorischen Störungen.

Verf. glaubt, dass wenn man nach dem Verlauf von Kugeln das Gehirn mit Drähten durchzöge, sich herausstellen würde, dass Verletzungen in allen erdenklichen Richtungen ohne characteristische Störung verlaufen sind. Karrer (Erlangen).

---

139) **Melchert, Hermann** (Greifswald): Beitrag zur Diagnose der subacuten Poliomyelitis und multiplen degenerativen Neuritis. (Inaug.-Diss. Greifswald, pag. 27.)

Angeregt durch die von Leyden publicirte Arbeit über „Poliomyelitis und Neuritis“ (Zeitschrift für klin. Medizin Bd. I. Heft 3) theilt Verfasser einen Fall von atrophischer Lähmung mit, bei welchem er, ohne Kenntniss des Sectionsbefundes, klinisch die Differentialdiagnose zwischen beiden Krankheitsformen stellt.

Der Fall betrifft einen 49j. neuropathisch nicht belasteten Mann, welcher Ende März 1880 an heftigen ziehenden Schmerzen in beiden Unterschenkeln, auffälliger Ermüdung der Beine, Formicationen und Kältegefühle erkrankte. Die Schmerzanfälle traten anfallsweise auf und erstreckten sich Mitte Mai auch auf die Hände und Vorderarme verbunden mit Formicationen und Kältegefühl in den Fingern, sowie Abnahme der activen Beweglichkeit. Eines Morgens plötzliche, fast totale Lähmung des Ring- und kleinen Fingers der rechten Hand, ähnliches auch links. Als Ursache der Erkrankung wird eine feuchte Parterrewohnung angegeben. In den ersten Wochen abendlich Fieber bis 39,5.

Bei der Untersuchung zeigten sich die Kopfnerven intact, Wirbelsäule nirgends schmerzhaft, Handrücken und Finger leicht oedematös, active Beugung und Streckung der Finger an beiden Händen nur in sehr geringem Umfange möglich. Interossei hochgradig atrophisch, desgl. die Muskulatur an den Vorderarmen. An den Beinen hochgradige Atrophie der Muskulatur beider Unterschenkel; Bewegung im Fussgelenk aufgehoben, desgl. der Zehen. Sensibilität herabgesetzt. Leichtes Oedem der Haut. Patellarreflex normal. Sphincteren intact. Genaue elektrische Untersuchung ergab Herabsetzung der farad. Reizbarkeit an Nerven und Muskeln, sowie die Mittelform der Entartungsreaction. Der Raumsinn mit Sieveking's Aethesiometer und der Drucksinn mit Eulenburg's Baraesthesiometer geprüft zeigte sich in gleicher Weise herabgesetzt wie das cutane Gemeingefühl. Eine genaue electrische Untersuchung der Sensibilität der erkrankten Theile ergab, dass die Abnahme der Sensibilität in denselben Nervenstämmen ziemlich genau

der Abnahme der Motilität entsprach, ein Umstand, welcher den Verfasser vor Allem bestimmte, die Diagnose des Falles auf multiple degenerative Neuritis zu stellen.

Da die sensiblen und motorischen Bahnen eines peripheren Nerven im Rückenmark weit von einander getrennt liegen, so müsste es sagt der Verfasser, ein sonderbarer, seltener Zufall sein, wenn beide Faserarten gleichzeitig und gleichmässig erkrankten dadurch, dass die beiden entsprechenden Stellen im Rückenmark gleichzeitig ergriffen würden. Die gleichzeitige Erkrankung beider Faserarten liegt vielmehr in der Erkrankung des peripheren Nerven, welche Verfasser um so mehr glaubt annehmen zu müssen, da verschiedene Nerven des Körpers an verschiedenen Extremitäten im vorliegenden Falle diese Erscheinungen zeigen. Weitere Symptome, wie die in Paroxysmen exacerbirenden reissenden Schmerzen, Formicationen Schmerzhaftigkeit der Muskeln auf Druck, Lähmung mit Atrophie, Oedem der Haut, Entartungsreaction, bestimmten den Verfasser, weiterhin die Diagnose auf multiple Degeneration zu stellen.

Schultz (Braunschweig).

---

140) **Heller:** Die Behandlung der Tabes, speciell deren Anfangsstadien in indifferenten Thermen.

(Vortrag gehalten auf dem balneologischen Congress in Berlin. 5. März 1881.)

In seinem die ganze Pathologie und Therapie der Tabes berührenden Vortrage spricht sich H. für die aetiologische Bedeutung der Excesse in Venere aus, erkennt jedoch die syphilitische Grundlage der Affection nicht an und meint, dass die Häufigkeit der Erkrankung syphilitisch gewesener in dem schwächenden Einfluss der Lues begründet sei. Er hält die motorischen Störungen, die den blitzartigen Schmerzen vorangingen für die ersten Symptome. Das Schwanken bei geschlossenen Augen wäre kein sicheres Symptom; er kennt einen Tabeskranken der trotz des Fortschreitens des Processes es durch Uebung dahin brachte bei geschlossenen Augen auf einem Beine zu stehen, was er vorher auf beiden nicht vermochte. In der Therapie will er den Bädern den ersten Platz erobern und sprach sich für die Temperaturen meist von 28^{0} C. höchstens jedoch 33^{0} C., in der Dauer von 5 bis 12 Min jeden 2. oder 3. Tag pausirend aus. Nach dem Bad wendet er Regenübergiessungen von 5 Grad niedriger temperirtem Wasser an. Er warnt vor Douchen, empfiehlt Ruhe nach dem Bade, im Uebrigen die bekannten diätetischen Vorschriften: Vermeiden von Anstrengungen, namentlich der Beine, geschlechtliche Unthätigkeit, Einschränkung des Tabaksgenusses etc. und räth namentlich zu der Combination von Bädern mit electrischer Behandlung namentlich dem galvanischen Strom mit breiten nassen Electroden. Bei vorausgegangener Lues will er nur vorsichtig antisyphilitisch einschreiten; Jodkali empfiehlt er lebhaft.

Aus der sich anschliessenden Discussion der anwesenden Aerzte von Oeynhausen-Rehme, Cudowa u. a., die sich im Allgemeinen den Ansichten des Vortragenden anschlossen ging hervor, dass alle die Erfolge in ihren Curorten durch Bädertemperaturen von 32 Grad

abwärts erzielen bei kurzen und seltenen Bädern unter gleichzeitiger galvanischer Behandlung. Ueber die Wirkungen der Moorbäder auf Tabes seien die Erfahrungen noch nicht ausgedehnt genug; die Kaltwasserbehandlung wurde nicht besprochen.

Rohden (Oeynhausen).

---

141) **R. Gowers** (London): Syphilis and Locomotor Ataxy.
(The Lancet. 15, I. 1881.)

Verf. hat 33 Fälle von Tabes bei Männern, welche ihm in den letzten 2 Jahren zur Beobachtung kamen, gründlich auf ihre Beziehungen zu Syphilis untersucht. Von Verwerthung der früher von ihm beobachteten Tabes für die einschlägige Frage sah Verf. ab, weil er früher nicht immer diesen Punkt genau berücksichtigt hatte. Von diesen 33 Fällen ergab nun die Anamnese bei 18 Infection mit constitutioneller Syphilis und zwar bei 15 Kranken primäre und secundäre Symptome; bei 3 secundäre Symptome; 5 weitere Patienten haben Geschwüre ohne nachfolgende secundäre Symptome, bei den 10 übrigen Fällen war keine syphilitische Infection nachgewiesen, jedoch hatten 5 einmal Gonorrhoe gehabt. Von den 33 Kranken hatten also 23 = ca. 70 % entweder an primärem Geschwür oder an secundären Erscheinungen gelitten, und bei 53% waren unzweifelhafte Erscheinungen constitutieller Syphilis nachzuweisen gewesen.

Verf. ist der Ansicht, dass das Zusammentreffen der Syphilis und Ataxie in der Regel kein zufälliges sei, sondern die erstere als Ursache der letzteren anzusehen.

Die Zahl seiner Beobachtungen an weiblichen Patienten ist sehr klein aber doch wird durch dieselben Erb's und Westphal's Ansicht, dass eine syphilitische Vorgeschichte hier selten sei, bestätigt. Der zwischen Syphilis und Ataxie verstrichene Zeitraum war meist sehr beträchlich. Verf. beobachtete grössere Zahlen als Erb. Von 18 Eällen treffen einer auf 7 Jahre, drei: 9, zwei: 10, drei: 13, zwei: 14, einer: 15, einer: 17, drei: 20, einer: 21 und einer auf 25 Jahre, bei $^2/_3$ betrug also der Zwischenraum über 10 Jahre.

Karrer (Erlangen).

---

142) **Eulenburg** (Greifswald): Ueber differente Wirkung der Anaesthetica auf verschiedene Reflexphänome (namentlich Sehnenreflexe).
(Centralbl. f. d. med. Wiss. 1881. Nr. 6.)

Verf. ist bei seinen Versuchen mit Chloroform, Aethylidenchlorid, Methylenbichlorid und Bromkalium im Wesentlichen zu denselben Resultaten gelangt wie Heinrichs (siehe Referat Nr. 52 in Nr. 4 d. Bl. vom laufenden Jahre), dessen Inaug. Dissertation bei dem Verf. gearbeitet ist. Bei Anwendung des Aethers und einzelner sonstigen Aethyl- und Aethylen-Verbindungen beobachtete Verf. eine nicht selten bis zu einer enormen Intensität anwachsende Steigerung einzelner Reflexe, welche Erscheinung die Narcose noch um *längere* Zeit überdauerte.

Der Cornealreflex wird bei der Aethernarcose verhältnissmässig spät abgeschwächt, selten ganz aufgehoben.

Bromaethylen wirkt dem Aether ähnlich; andere Anaesthetica (z. B. Bromaethyl) wirken überhaupt kaum in merklicher Weise oder verhältnissmässig langsam auf die Reflexaction.

Chloralhydrat (subcutan) wirkt im Ganzen dem Chloroform ähnlich, doch ohne primäre Reflexsteigerung; erst in sehr vorgeschrittener Hypnose verschwindet allmählig der Patellarreflex, während der Cornealreflex meist, wenn auch abgeschwächt erhalten bleibt.

Das Morphium hat fast keinen Einfluss auf die Reflexe; Verf. fand bei Morphinisten, die sehr grosse Dosen gebrauchten, die Sehnenreflexe unverändert.

Nach diesen Versuchen stehe die Antheilnahme des Reflex-Apparates keineswegs in irgend welcher correlaten Beziehung oder auch nur einem bestimmten zeitlichen Verhältnisse zu dem Ergriffenwerden der psychomotorischen und psychosensorischen Centren durch die Anästhetica. Die Stärke und Tiefe der Narcose, der Umfang und Grad der Anästhesie sind auch keineswegs proportional dem Verhalten einzelner Reflexe oder Reflexgruppen. Die successiven Angriffspunkte für die einzelnen cerebralen und spinalen Reflexherde bilden für die verschiedenen Anästhetica offenbar durchaus verschieden gestaltete Reihen.

Stenger (Dalldorf).

---

143) **Clark Burman**: Case of traumatic tetanus treated with Calabarbean, recovery (Traumatischer Tetanus mit günstigem Erfolge durch Calabarbone behandelt.

(The Lancet 1881. I. 29.)

Verf. hatte den bei einem 11jährigen Knaben nach ausgedehnter Verletzung der Fersenhaut links aufgetretenen Wundstarrkrampf vergeblich durch grosse Dosen Choral und Belladonna Morphiuminjectionen, Chapman'sche Beutel auf das Rückgrad behandelt. Da das Schlingen sehr erschwert war, gab er Gelatine-Lamellen, welche je $^1/_{60}$ Gran Calabarextract enthielten, alle 4 Stunden ein Stück. Nach 4 Tagen war eine auffällige Besserung eingetreten, die schliesslich in Heilung ausging. Verf. hält weitere Versuche mit dem angegebenen Mittel empfehlenswerth.

Karrer (Erlangen).

---

144) **A. Dochmann** (Kasànj): Ueber einen Fall von Hysterie. (Aus der Klinik des Prof. Wirogradav.)

(Wratsch 1881. Nro. 10.)

Ein 22jähriges Mädchen, einer gesunden Familie entstammend, hatte in ihrem neunten Lebensjahre, 6 Monate lang an 3tägiger Intermittens gelitten, im 14. Jahre Scharlach durchgemacht und menstruirte zum ersten Male im 15. Lebensjahre. 1876 erkrankte sie von Neuem an Intermittens mit complicirendem Zahnweh und wurde nach einem Spaziergang in Tomsk bei unfreundlichem Wetter von Herzklopfen und nachfolgendem hysterischem Anfall heimgesucht; diese Anfälle häuften sich in der letzten Zeit der Art, dass

ihrer mehrere im Laufe des Tages auftraten. Während ihres Aufenthaltes in der Klinik (Eintritt am 28. September 1880) konnte man, wenn auch nicht jedes Mal, 4 Stadien bei jedem hysterischen Anfalle beobachten. Als Aura traten regelmässig starkes Herzklopfen, Kopfschmerz und globus hystericus auf; letzterem ging ein Gefühl von schmerzhaftem Druck in der linken Seite des Unterleibs voran. Der Anfall selbst zeigte folgende Symptome: Rückenlage mit geschlossenen Lidern, Puls 130—140, eine immer mehr sich beschleunigende Respiration von 60—100 in der Minute, bis eine etwa eine Minute dauernde vollständige Apnoe eintritt. Die Respirationsbewegungen hatten die Eigenthümlichkeit, dass die Kranke mit jeder Exspiration einen Ton hören liess, dass diese Töne proportional der Häufigkeit der Athemzüge immer höher in der aufsteigenden Tonleiter wurden, und an die durch eine Sirene hervorgebrachten acustischen Erscheinungen erinnerten; gleichzeitig traten auch rhytmische sagitale Schwankungen des Kopfes und rhytmische Bewegungen des Beckens auf (Hysteria libidinosa acut.). Nachdem einige solcher apnoischen Anfälle aufgetreten waren, lag die Kranke einige Zeit ruhig da, nur waren leichte Zuckungen in den Gesichtsmuskeln vorhanden. Einige Minuten später öffnet die Kranke nach einer tiefen Inspiration die Augen, greift mit den Händen nach dem Kopfe, sitzt im Bette auf, beugt den Kopf zu den Füssen hinunter und wirft sich dann rasch zurück: derartige rhytmische Bewegungen folgen mehrfach auf einander und werden von Weinen, Klagen über die Umgebung und Ideenflucht begleitet; in den Intervallen zwischen diesen Bewegungen verhält sich die Kranke ruhig, spricht aber fortwährend ein und dieselben Worte. Gewöhnlich folgte auf dieses 2. Stadium das letzte, Schlaf, zuweilen trat aber vor demselben ein Stadium ein, in welchem die Kranke verschiedene leidenschaftliche Dosen einnahm und allerlei, nicht sehr anständige Reden führte.

Die Empfindlichkeit in der linken Bauchhälfte wurde im Beginn der Beobachtung auf den Eierstock bezogen, da auch ein Druck auf denselben nicht selten den Anfall von Apnoë in seinem Beginne coupirte; es genügte dann nur das Vorhalten irgend eines glänzenden Gegenstandes vor die Augen, das Auflegen der Hand auf die Stirne u. dergl., um sofort die Apnoë und die ihr folgenden Erscheinungen von Neuem hervorzurufen, Symptome von Hypnotismus Somnambulismus gelang es trotz aller Mühe nicht zu produciren.

Die Anfälle traten 2—3 Mal täglich auf, dauerten 20 Minuten bis zu 2 Stunden, ohne aber jedesmal alle 4 Phasen zu durchlaufen, am häufigsten fehlten die leidenschaftlichen Stellungen — die tönenden Athemzüge, resp. die Apnoe waren immer, die ausgiebigen rhytmischen Bewegungen sehr oft, das fortwährende Reden aber seltner vorhanden. Die Kranke konnte zuweilen mit grosser Willensanstrengung den Anfall unterdrücken, der folgende trat aber um so heftiger und anhaltender auf.

Vor ihrem Eintritt in die Klinik war die Kranke mit Bromkalium behandelt, später wurde ihr Atropinum valerianicum subcutan injicirt, welches aber wegen heftigen Herzpalpitationen aus-

gesetzt werden musste und durch eine Mischung gleicher Theile Chloralhydrat und Kampfer zu gran XII. pro die (0,72) ersetzt wurde. Unter dem Gebrauche dieses Mittels wurde der Kopfschmerz leichter, die Frequenz der Anfälle, von welchen übrigens 2 ziemlich regelmässig um 8 Uhr Morgens und um 8 Uhr Abends mit dazwischen liegenden schwächern Paroxismen auftraten, sank auf 2 täglich, während die schwächeren Anfälle gänzlich ausblieben.

Die Untersuchung der sehr anämischen Kranken ergab ausser einer geringen Anteflexio uteri ein *Hervorragen der Milz unter dem Rippenbogen und eine grosse Druckempfindlichkeit derselben, welche von dem Eintritte des Anfalls sich steigert und als Ausgangspunkt des globus hystericus diente.* Die mittlere tägliche Harnmenge betrug 1400 Ccm., specif. Gew. 1,014, Menge der Phosphate 0,86, der Chloride 10,20, des Harnstoffs 30,60, Eiweiss und Zucker nicht vorhanden. Am 21. October wurden 16 Tropfen einer Lösung von einer Drachme Chininum bimuariaticum carboneidatum in gleichen Theilen Wasser gelöst, einige Stunden vor dem Eintritte des Anfalls subcutan injicirt. Die Anfälle blieben bis zum 29. aus, trotz der am 25. eingetretenen Menstruation, welche die Anfälle zu verschlimmern pflegte; an diesem Tage wurde ein schwerer Paroxysmus beobachtet und 16 Tropfen der oben genannten Lösung injicirt, am 30. hörten die Menses auf. Am 1. Nov. Injection von 8 Tropfen, am 2. ein unvollständiger Anfall, am 3. Abends Kopfschmerz und leichter Anfall, am 4. 2 Mal zu je 8 Tropfen injicirt, was am 5.—8. wiederholt wurde. Am 9. Morgens leichter Anfall, am Nachmittag 8 Tropfen injicirt, am 10. wurde Chininmuriat zu 5 Gran 2 Mal täglich innerlich verordnet; es blieben die Anfälle bis zu der am 30. November erfolgten Entlassung der Kranken aus der Klinik fort. Die Milz war nicht mehr empfindlich und konnte unter dem Rippenbogen nicht mehr palpirt werden, die Chinindosen allmählig auf je gr. jjj und gr. jj herabgesetzt, das mitunter auftretende Herzklopfen mit Tct. Digitalis, das Kopfweh mit der Mischung aus Chloralhydrat und Kampfer bekämpft. Bis zum 5. December war kein Anfall erschienen. Die Kranke erhielt poliklinisch Chinin muriat. gr. 1, Acidi arsenicosi gr. $^1/_{60}$ 3 Mal täglich; Vom 6. December an traten Anfälle von Intermittens auf, am 7. ein zweiter, am 8. zwei, Morgens und Abends und zwar zu derselben Zeit, zu welcher früher die hysterischen Paroxysmen sich zeigten, am 9. dasselbe und wurden 100 Tropfen einer Lösung von einer Drache Chininum muriaticum auf 1 Unze Wasser, 2 Mal täglich zu nehmen verordnet. Am 10. Morgens ein starker Intermittensanfall, der sich am 11. Abends wiederholte; bis zum 29. kein Anfall mehr, von Zeit zu Zeit tritt geringes Kopfweh ein, die Kranke fühlt sich ganz gesund.

In der Epikrise betont D. die Abhängigkeit des vorliegenden Falles von Hysteroepilepsie auf die vorhergegangene Intermittens und beruft sich dabei auf das Auftreten der Krankheit in unmittelbarem Anschluss an ein Wechselfieber, das typische Auftreten der hysterischen Anfälle, die Vergrösserung der Milz und endlich die wohlthätige Wirkung des Chinins; Jaccoud, Griesinger, Hertz, erkennen eine Malariaform der Hysterie an.

Hinze (St. Petersburg).

---

145) **Oscar Berger** (Breslau); Emotionsneurosen.

(Sep.-Addr. aus der Real-Encyclopaedie der ges. Heilkunde.)

146) Derselbe: Epilepsie.

147) **B. Salomon** (Coblenz): Ueber Ermüdungsepilepsie.

(Deutsche med. Wochenschrift Nro. 34 u. 35 1880.)

Unter dem Namen Emotionsneurosen werden alle diejenigen krankhaften Innervationsstörungen zusammengefügt, denen psychische Ursachen zu Grunde liegen. Die letzteren bewirken entweder direct, oder indirect, durch sensibele oder vasomotorische Vermittelung, Irritations- oder Depressionszustände in den centralen Nervenelementen, die auch zu schweren, irreparabelen Ernährungsstörungen führen können. Die hier anzuziehenden Momente sind entweder heftige und anhaltende Gemüthserregungen oder geistige Ueberanstrengungen. Meistens sind die ersteren widriger, seltener freudiger Natur und kommen entweder in acuter Weise (Schreck, Aerger, Zorn) oder als lang dauernde schmerzhafte Gemüthszustände (Kummer, Elend etc.) zur Geltung.

Bei der Aufzählung der hierher gehörigen Krankheiten sind in erster Linie die *Psychosen* zu erwähnen, bei denen die geistige Ueberanstrengung neben depressiven, unangenehmen Gemüthsanstrengungen bei vorhandener Praedisposition häufig das wirksame Moment bildet. Im Anschluss daran ist die Gehirnschwäche (Neurasthenia cerebralis), häufig mit dem von Runge beschriebenen Kopfdruck zusammenfallend, zu erwähnen.

Bei den convulsivischen Formen der cerebralen Neurosen und namentlich bei der *Epilepsie* muss in Bezug auf *diese* Entstehungsursache eine besonders scharfe Kritik geübt werden, da die Kranken selbst nur allzuleicht eine derartige Entstehung ihres Leidens annehmen. Meistens wirkt hier Angst und Schreck nur als Gelegenheitsursache, doch aber auch als directer Krankheitserreger, vornehmlich (Romberg) bei Weibern während der Katamenien. Eine noch wichtigere Rolle spielen die psychischen Affecte bei der *Chorea* vorzugsweise bei der *Chorea senilis*, nicht selten bei der *Corea gravidarum.* Die imitatorische Verbreitung dieser Krankheit ist bekannt. Auch bei der *Katalepsie* spielen nachgewiesener Maassen Gemüthserregungen eine grosse Rolle, sowie auch bei der experimentellen Katalepsie (hypnot. Zustände) vom Verf. die psychologischen Momente betont worden sind. Zweifellos fest steht der psychische Einfluss bei den mit *Tremor* verbundenen Nervenaffectionen, bei der Paralysis agitans, bei der disseminirten Sclerose der Nervencentren, in einzelnen Fällen auch bei der progressiven Bulbärparalyse.

Die Hysterie und Hypochondrie weist anerkanntermassen, namentlich auf dem Boden der erblichen Belastung, als Quelle die psychische Ursache nach, auch tetanische und hydrophobische Erscheinungen, sowie der Morbus Basedowii sollen nach plötzlicher Angst und Schreckzuständen entstanden sein.

Seltener treten auf Grund psychischer Affecte, besonders des Schreckes Lähmungen auf. Diese Schrecklähmungen bieten die Formen einer spinalen oder cerebralen Lähmung dar. Schreck-Aphasie

ist ebenfalls beobachtet. Leyden hebt neuerdings den Schreck als Ursache der acuten Myelitis hervor. Von besonderem Interesse ist die von Russel-Reynolds zuerst beschriebene Paraplegie in Folge von Gemüthserregung, bei gleichzeitiger Hinlenkung der Aufmerksamkeit und Vorstellung auf einzelne Körpertheile (Paralysis dependend on idea).

Einen bemerkenswerthen Beitrag zur Schrecklähmung liefert Brieger aus der Frerich'schen Klinik (referirt in Nro. 6 dieses Blattes).

Im Anschluss hieran und an die weiter unten erwähnte Arbeit von Salomon wollen wir nicht unterlassen, hier kurz auf die vorzügliche Darstellung O. Berger's über *Epilepsie* in der Real-Encyclopaedie hingewiesen zu haben. Der Verf. hat es verstanden, in ansprechender Weise ein ausführliches Bild dieser chronischen cerebralen Neurose zu geben, in dem er die vorhandene Literatur sorgfältig benutzt; so viel auch über die Epilepsie geschrieben ist, in dieser Form wird sie jeder noch einmal gerne lesen und Belehrung schöpfen. Die Ursachen, welche Salomon für das Zustandekommen seiner Fälle hauptsächlich betont, körperliche und geistige Ueberanstrengungen, werden von Berger nicht als praedisponirende, sondern als accidentelle Momente aufgefasst.

Salomon bezeichnet die Fälle, welche anhaltende körperliche oder geistige Anstrengung, verbunden mit Entbehrung von Schlaf und Nahrung zur Ursache haben, als *Ermüdungs-Epilepsie*. Beeinflusst wird die Function des Centralnervensystems durch musculäre Ueberanstrengung auf verschiedene Weise 1) das kreisende Blut enthält eine grössere Menge Kohlenstoff bei Verminderung des Sauerstoffs. 2) Das Gehirn erhält geringere Mengen sauerstoffhaltigen Blutes, da das Herz die durch Muskelkontraction gesetzten Widerstände schliesslich nicht mehr zu überwinden vermag. 3) Die Reizung der sensibelen Nerven der Muskeln erhöht die Reflexerregbarkeit des Gehirnes.

Die ersten Fälle des Verf.'s beziehen sich auf die venöse Hyperämie des Gehirns, wobei jedoch zu bemerken, dass bei Fall I. der Vater an Trunksucht und Epilepsie gelitten und auch der Fall IV. einen zur Epilepsie disponirten Fall betraf, so dass wir hier nur Gelegenheitsursachen anzunehmen haben. Auch ohne venöse Hirnhyperämie sah Verf. namentlich bei schwächlichen, jugendlichen Individuen, namentlich durch die Entbehrung des Schlafes plötzliche Epilepsie eintreten. An die Fälle, welche durch körperliche Ueberlastung entstanden sind, schliesst Verf. diejenigen, die durch Ueberanstrengung einzelner Muskelgruppen erzeugt werden. Geistige Ueberanstrengung ist mit nicht so grosser Gewissheit als Ursache heranzuziehen. Verf. erzählt davon einen Fall.

Goldstein (Aachen).

---

148) **Hansen**: Ein sogenannter interessanter Fall.

(Arch. f. Psych. u. Nervkr. Bd. XI., Hft. 2.)

Die Bahnwärterseheleute N. N., von denen der Mann erblich belastet war, die jedoch beide bisher normales psychisches Verhal-

ten gezeigt hatten, erkrankten, nachdem sie während mehrerer Monate durch besonders eifrige Theilnahme an den religiösen Uebungen der in ihre Nachbarschaft wohnenden Babtisten sich eine psychopathische Disposition erworben hatten, in Folge heftiger Gemüthsbewegung (die Frau war fälschlich eines Diebstahls beschuldigt worden) gemeinsam an heftiger melancholischer Aufregung, verbunden mit Wahnideen und Sinnestäuschungen. Die Frau starb nach 10 Tagen, während der Mann im Verlauf der nächsten Monate sich allmählig besserte und nach 5 Monaten als genesen entlassen wurde.

Die Obduction der Leiche der Frau ergab starke Blutansammlung in den Gefässen der Pia, Blutleere des Gehirns und gleichmässige Blutüberfüllung beider unteren Lungenlappen.

Die beiden Fälle sind ein greifbarer Beitrag für die Entstehung von Psychosen in Folge von Gemüthsbewegungen.

Stenger (Dalldorf).

---

149) **Möbius** (Leipzig): Das Nervensystem des Menschen und seine Erkrankungen.

(Leipzig. Reclam. Universalbibliothek. 90 pag.)

Verf. hat sich ein wirkliches Verdienst erworben mit dem vorliegenden kleinen Werkchen, welches in selten klarer Schreibweise und ansprechend knapper Form die anatomisch-physiologischen Verhältnisse des Nervensystems dem Laien darlegt und ihm die Erkrankungen desselben dem Verständnisse entgegenführt. In der besseren populär-medicinischen Literatur fehlte bisher eine Schrift über das Nervensystem. Verf. hat die Lücke in vortrefflicher Weise ausgefüllt.

Es ist hier nicht der Ort, auf den Inhalt des Buches einzugehen, ich habe nur nach Durchlesen desselben die Ueberzeugung gewonnen, dass selbst Aerzte aus diesem für Laien geschriebenen Buche etwas lernen können und sollte deshalb an dieser Stelle auf seine Existenz aufmerksam machen. Das Capitel über das Grosshirn z. B. wird sich allseitiger, auch fachmännischer Anerkennung erfreuen.

Ich halte es für im Interesse der Neurologen liegend, wenn für möglichst umfangreiche Verbreitung dieses Werkchens Sorge getragen wird; wir verbreiten damit unter unseren Patienten Kenntnisse, die ihnen selbst nützlich und unserer Behandlung nur förderlich sein können.

Erlenmeyer.

---

150) **V. Holst** (Riga): Ueber die Bedeutung der Behandlung von Nervenkranken in besonderen Anstalten.

(Riga, Strieda 1880. 22 pag.)

H., der schon früher (Petersb. med. Wochenschr. 1878 N. 22) für die von psychiatrischer Seite meist abfällig beurtheilten sogenannten „offenen Kuranstalten für Gemüths- und Nervenkranke“ in die Schranken getreten, bespricht in dieser anregend und überzeugend geschriebenen Arbeit die Nothwendigkeit eigener *Heilanstalten* auch für rein *somatische Nervenkranke*. Diese Nothwendigkeit ist bisher ausser für die Behandlung der Morphiumsucht zu wenig gewürdigt worden, wenn auch schon einige Anstalten der Art, unter ihnen sowohl

selbständige, wie auch im Anschluss an Anstalten für psychische Kranke errichtete, bestehen und vom Vf. als seinen Anforderungen entsprechend bezeichnet werden. In Betreff der Kategorie der solcher Anstalten bedürftigen Kranken möchte Vf. unter Ausschluss aller ganz unheilbaren sowie der acuten Fälle, Manche, die unter anderen äusseren Umständen auch ebenso gut im eigenen Hause behandelt werden könnten, wie einen Theil der chronischen Rückenmarkskrankheiten, syphilitische Neurosen, manche Neuralgieen Migräne etc. etc. der Anstaltsbehandlung überwiesen. Ganz unbedingt aber müssten die schweren und doch heilbaren allgemeinen Neurosen, wie vor Allem die Hysterie, dann aber auch Morphiumsucht, Neurasthenie, allgemeine Nervosität, Hypochondrie etc. etc. in diesen Anstalten behandelt werden. Vf. bespricht ausführlich die Gründe für diese Forderung, die theils als innere, in dem Wesen der Krankheiten selbst liegende, theils als äussere, nämlich durch die erforderlichen Behandlungsmethoden (Hydrotherapie, Electrotherapie, Localitätsverhältnisse etc.) bedingte bezeichnet werden. Bei der Besprechung der inneren Gründe wird besonders auf die Indicatio causae hingewiesen, indem Vf., der im Allg. 1) Heredität, 2) falsche Erziehung in physischer und psychischer Beziehung, 3) unglückliches Lebens, getäuchte Hoffnungen etc. etc. und endlich 4) übermässige Anstrengungen der Nerven als letzte Ursachen aller der von ihm ins Auge gefassten Neurosen hinstellt, im Einzelnen nachweist, wie den durch diese Ursachen gesetzten schädlichen Einflüssen nur durch eine Anstaltsbehandlung einigermassen begegnet werden kann. Beiläufig wird ausgeführt, dass den Krankheiten der weiblichen Genitalsphäre, ohne ihre aetiologische Bedeutung deshalb gering zu achten, dennoch nicht der Werth für die Indication zum therapeutischen Handeln bei Behandlung der Hysterie zukomme, wie dies so vielfach behauptet wird. Vf. fürchtet im Gegentheil die Steigerung der Erregbarkeit des Gesammtnervensystems durch die locale gynäcologische Behandlung, die deshalb niemals gleichzeitig mit der Behandlung der Nervenerkrankung stattfinden darf. Vf. sieht nämlich nicht in den grob anatomisch erkennbaren Läsionen der betreffenden Organe, soweit solche überhaupt vorhanden sind, die Ursache der Hysterie, sondern in einem krankhaften Zustand der Nerven derselben, der allerdings in vielen Fällen mit der anatomischen Läsion in ursächlichem Zusammenhang stehen kann. Demgemäss vergleicht Vf. den Erfolg der Hegar'schen Exstirpation der Ovarien mit dem einer Neurectomie oder einer Exstirpation von Narbengewebe, das durch Reizung peripherer sensibler Nerven etwa eine Reflexepilepsie zur Folge gehabt habe. Auch der Indicatio morbi genügt die Anstaltsbehandlung am Besten. Dort ist der Nothwendigkeit der Anregung der Willensenergie und der Selbstbeherrschung, also der psychischen Kur, jedenfalls in grösserem Umfange, zu genügen, als bei der Behandlung im Privathause.

Schliesslich bespricht Vf. noch die Erfordernisse der Einrichtungen von Heilanstalten für Nervenkranke, welche nach des Vf's fester Ueberzeugung, die sicher von jedem Kundigen getheilt werden wird, einen grossen Segen für einen nicht geringen Theil der leidenden Menschheit bieten würden. Dehn (Hamburg).

151) **Hecker** (Johannisberg): Ueber das Verhältniss zwischen Nerven- und Geisteskrankheiten mit besonderer Rücksicht auf ihre Behandlung in getrennten Anstalten.

(Cassel, Fischer, 1881. pag. 34.)

Die vorliegende Schrift schliesst sich eng an die Holst'sche an und behandelt fast dasselbe Capitel wie jene. Verf. geht aus von dem Ausspruche Griesinger's, dass Psychiatrie und Neuropathologie *ein* Gebiet seien, auf dem alles eine Sprache spreche und von denselben Gesetzen regiert werde; er führt dann an Beispielen aus, dass sich zum Irresein zahlreiche Störungen der Nerventhätigkeit hinzu gesellen, dass umgekehrt mit einer grossen Zahl von Nervenkrankheiten psychopathische Zustände sich verknüpfen können. Weiter entwickelt Verf. die Nothwendigkeit der anstaltlichen Behandlung beider und kommt auch seinerseits zu dem allgemein anerkannten Schlusssatze, dass eine getrennte Behandlung von Geisteskranken und Nervenkranken im Interesse der Kranken liegt. Er führt dann namentlich alle jene Formen nervöser Leiden auf, welche in den Curanstalten für Nervenkranke mit Erfolg behandelt werden können.

Die Bemerkung über die s. g. „*freiwilligen*" Kranken in den Anstalten ist nicht mehr zutreffend, da der Ministerial-Erlass vom 17. Juni 1874 durch einen weiteren vom 22. Juli 1875 aufgehoben ist. Ob die *Morphiumsucht*, wenn man sie mit „*plötzlicher* Entziehung" behandeln will, ein geeignetes Object für eine Curanstalt für Nervenkranke ist, bezweifle ich durchaus.

Das Schriftchen ist mit Wärme geschrieben und lässt die Begeisterung des Verfassers für die Nervenheilanstalten in jeder Zeile durchblicken. Dass es mit klarer Anschaulichkeit und vollständiger Beherrschung des Gegenstandes verfasst ist, bedarf bei Hecker eigentlich keiner Erwähnung; dasselbe verdient alle Beachtung.

Erlenmeyer.

---

152) **Tamburini, A.** (Reggio-Emilia): Cranio e cervello di un idrocefalo di 19 anni. (Schädel und Gehirn eines 19jährigen Hydrocephalus.)

(Riv. sperim. di Freniatr. VI. Bd. 3 u. 4. H.)

Der in mehrfacher Beziehung interessante, complicirte Fall eines sehr beträchtlichen, lange getragenen Hydrocephalus betrifft das Kind gesunder Eltern, welches sich bis zum zweiten Lebensjahre wohl entwickelte. Zu dieser Zeit fing sein Kopf an übermässig, besonders in der Stirngegend zu wachsen, und erreichte bereits mit dem 5. Lebensjahre annähernd das Maximum seiner Grösse. Die geistigen Fähigkeiten des Kindes entwickelten sich vom 5. Jahre an nicht weiter, sondern gingen bis zu einem fast vollständigen Blödsinn zurück. Mit der Abnahme des Sehvermögens stellten sich auch Strabismus und Nystagmus ein.

Im Alter von 8 Jahren fiel der Knabe heftig auf die linke Seite des Kopfes und erlitt dabei eine Fractur des Stirn- und Scheitelbeines. Alsbald stellten sich Convulsionen der rechten Seite (bes. der oberen Extremitäten) ein, welche aber erst dann, als der

Kranke nach 3 Jahren abermals gegen diese Stelle des Kopfes fiel, sich häufig wiederholten, und durch 7 Jahre anhielten.

Der Kranke wurde nahezu 19 Jahre alt und starb marastisch.

Ueber den Schädel soll hier blos angegeben werden, dass seine Capacität 3090 Cub.-Ctm., der Horizontalumfang 620 Ctm. betrug, das Schädeldach selbst erschien verdünnt, an manchen Stellen durchscheinend, die Diploe hie und da fehlend.

Das Gesammthirn wog nach Entfernung der Flüssigkeit aus den Ventrikeln 1150 Grm., die Ventrikelflüssigkeit dürfte gegen 2000 Grm. betragen haben. Durch die, besonders in der Frontalgegend, enorme Erweiterung der Ventrikel, erscheint die Gehirnsubstanz an manchen Stellen auf eine 3 mm. (an den dicksten Stellen 20 mm.) dicke Schicht reducirt. — Aquaeductus Syvlii verwachsen.

Entsprechend der Schädelfractur erschien der hintere Theil der mittleren und unteren Stirnwindung linkerseits soweit zerstört, dass an dieser Stelle nur die Hirnhäute den Verschluss des Seiten-Ventrikels darstellten.

Obersteiner (Wien).

---

153) **Morselli E.** (Macerata): L'amministrazione e la scienze nei manicomi. (Administration u. Wissenschaft in den Irrenanstalten.)

(Arch. ital. p. l. mal. nerv. 1880 6. H.)

In einer sehr ausführlichen Darlegung der verschiedenen administrativen Systeme, wobei der genaue Hinweis auf die diesbezüglichen Verhältnisse in Italien besonders werthvoll ist, kommt Verf. zu folgendem Schlusse: Das beste System für die Organisation des ärztlichen und Verwaltungsdienstes in den Irrenanstalten ist jenes, welches den Director der directen Verantwortlichkeit in administrativen Angelegenheiten enthebt, und ihm diese blos auf hygienischem, therapeutischem und disciplinarem Gebiete zuweist; in oeconomischer Beziehung muss aber dem Direktor jene Ingerenz und Autorität gewahrt bleiben, die sich nothwendigerweise schon aus technischen Gründen bei einem Institute ergeben, das in seinen kleinsten Details den Anforderungen der Hygiene und der Irrenheilkunde entsprechen muss. Obersteiner (Wien).

---

154) **Masaryk Th. Garr.** (Wien): Der Selbstmord als sociale Massenerscheinung der modernen Civilisation.

(Wien 1881, 245 Seiten.)

Der Selbstmord tritt gegenwärtig in allen civilisirten Ländern mit erschreckender Intensität auf; in allen europäischen Ländern aus denen officielle Berichte vorliegen zählt man jährlich mindestens 22,000 Fälle; nimmt man an, dass die statistischen Daten höchstens die Hälfte der verübten und versuchten Selbstmorde ausweisen, so würden in den civilisirten Staaten Europas jährlich etwa 50,000 Menschen Hand an sich legen.

Verfasser hat nun die Absicht, vom sociologischen Standpunkte aus den Selbstmord zu betrachten und zu zeigen, wie sich die Massenerscheinung des Selbsmordes aus und in dem modernen Culturleben entwickelt hat.

An der Hand zahlreicher und fleissig zusammengestellter statistischer Daten weisst Verf. zunächst in anregender und leicht fasslicher Weise nach, dass sowohl den Wirkungen des Klimas, der Jahreszeit, als auch der leiblichen Organisation des Menschen nur die Bedeutung von disponirenden Ursachen zukommen kann und spricht den Satz aus, dass in jenen Ländern und bei jenen Völkern die Selbstmordneigung am grössten ist, wo die unmethodische und unpractische Halbbildung am grössten ist, wo zu viel für die Schule zu wenig für das Leben gelernt wird. Ueberhaupt ist er der Ansicht, dass die intellectuelle Bildung jedenfalls eine gewisse Verfeinerung, keinesfalls aber Besserung und Versittlichung mit sich bringt. — Die nähere Erklärung dieses Satzes erfolgt aber erst in den letzten Capiteln, in denen Verf. nachweisen will, dass die gegenwärtige sociale Massenerscheinung des Selbstmordes nur die Folge des Zusammenbruchs der einheitlichen Weltanschauung ist, wie sie das Christenthum in allen civilisirten Ländern bei den Massen consequent zur Geltung gebracht hat. — Die Selbstmörder sind die blutigen Opfer der Civilisirung.

Obersteiner. (Wien).

---

155) **Wendt** (Schwetz): Bericht über die Verwaltung der westpreussischen Provinzial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt zu Schwetz im Etatsjahr vom 1. April 1879 bis 31. März 1880.

(4⁰ 27 pag.)

Aus dem uns gütigst übersandten Bericht entnehmen wir Folgendes:

Der Kranken-Bestand der Anstalt betrug am 1. April 1879	175 M.	184 W.	359 zus.
Dazu wurden in der Zeit vom 1. April 1879 bis 31. März 1880 aufgenommen	50 „	22 „	72 „
Demnach in dem genannten Zeitraume im Ganzen verpflegt	225 M.	206 W.	431 zus.
Davon gingen ab	43 „	20 „	73 „
Es blieb also am 31. März 1880 ein Bestand von	182 M.	186 W.	368 zus.

Die Anstalt ist relativ verbundene Heil- und Pflege-Anstalt; es müssen also die obigen generellen Zahlen auf Heil- und Pflege-Anstalt besonders verrechnet werden. Dabei ergibt sich:

Heil-Anstalt.

Bestand am 1. April 1879	29 M.	37 W.	66 zus.
Zugang bis 31. März 1880	33 „	20 „	53 „
Summa der Verpflegten .	62 „	57 „	119 „
Davon gingen ab	25 „	12 „	37 „
wurden in die Pflege-Anstalt versetzt	6 „	2 „	15 „
Bestand am 31. März 1880 .	31 „	36 „	67 „

Pflege-Anstalt.

Bestand am 1. April 1879	146 M.	147 W.	293 zus.
Zugang bis 31. März 1880	17 „	2 „	19 „
Aus der Heil-Anstalt	6 „	9 „	15 „
Summa der Verpflegten .	169 „	158 „	317 „
Davon gingen ab	18 „	8 „	26 „
Bestand am 31. März 1880 .	151 M.	150 W.	301 zus.

Von diesen im Berichtsjahr aufgenommenen 72 Kranken litten an

Melancholie	7 M.	8 W.	15 zus.
Manie	14 „	9 „	23 „
Secund. Seelenstörung . .	13 „	5 „	18 „
Paralyt. Seelenstörung . .	9 „	— „	9 „
Seelenstörung mit Epilepsie	5 „	— „	5 „
Idiotie	2 „	— „	2 „
	50 „	22 „	72 „

Die Aufnahme von voraussichtlich heilbaren Kranken macht mithin 52,7 %, ein für die Genesungsaussichten günstiges Verhältniss. Sehen wir wie es sich damit verhält. Verf. sagt (pag. 8): „Von den 63 Abgegangenen waren

Genesen . .	7 M.	9 W.	16 zus.
Gebessert . .	9 „	4 „	13 „
Ungeheilt . .	4 „	— „	4 „
Gestorben .	23 „	7 „	30 „
	43 „	20 „	63 „

die Genesenen betragen 23,9 % vom mittleren Bestande der Heil-Anstalt und 42,1 % von den als praesumptiv heilbar Aufgenommenen.“

Mit dieser Berechnung kann ich mich nicht einverstanden erklären, ich halte sie nur für theilweise richtig. In dem Procentsatz der Genesenen soll gewissermassen die Leistungsfähigkeit der Anstalt einen numerischen Ausdruck finden und da nicht nur diejenigen Kranken, welche innerhalb eines gewissen Zeitraumes aufgenommen und entlassen werden der Anstalt zu Heilversuchen übergeben sind, sondern da dies das Bestreben allen Kranken gegenüber sein soll, die innerhalb eines bestimmten Zeitraumes in der Anstalt behandelt werden (also Bestand und Aufnahme), so müssen ohne Widerspruch die Genesungs-, ebenso die Besserungs- und Todesfälle auf die Summe *sämmtlicher Behandelten* berechnet werden. Die Berechnung auf die Aufnahmen, oder mittleren Bestand, oder Abgänge ist durchaus willkürlich und unzutreffend. Dasselbe, wenn auch nicht so grell, ist der Fall bei der Berechnung der Genesenen auf die „praesumptiv heilbaren Aufnahmen“. Was ist denn „praesumptiv heilbar?“ Kommen ausser bei Melancholie und Manie bei anderen Formen nicht auch zuweilen vollständige und dauerhafte Heilungen vor? „Was unheilbar ist weiss nur Gott im Himmel“ pflegte der selige Langermann zu sagen. Ausser oben angegebener Berechnung auf die Gesammtzahl der Behandelten ist nur noch eine Procentberechnung nach der Diagnose zulässig.

Wenn ich nach diesen Principien, die ich für eine relativ verbundene Heil- und Pflege-Anstalt in soweit modificire, dass die Genesungsprocente allein nach dem Bestande der Heil-Anstalt zu berechnen sind, die Angaben des Verf's. controllire, so ergeben sich ganz andere Zahlenverhältnisse.

Bestand der Heil-Anstalt am 1. April 1879 . 66
Zugang im Berichtsjahr 53
Summa der Behandelten . 119.

Davon Genesen entlassen 16 = 13,4 %.

(Für Allenberg, die Provinzial-Anstalt für Ostpreussen, berechne ich dieselbe Zahl während desselben Zeitraumes auf 16,0 %) Die Todesfälle betragen 7 % sämmtlicher Verpflegten, eine Zahl, die wohl wegen der wenigen Paralytikern so gering ist.

Aus dem financiellen Theil des Berichtes hebe ich folgendes hervor:

In dem Betriebsjahr betrugen die Gesammteinnahmen . M. 209,072.18,
„ Gesammtausgaben . „ 202,376.27.
Die Anstalt hatte mithin eine *Mehreinnahme* von . „ 7,69,5.91.

Aus der Gesammtausgabe berechnen sich die Kosten für einen Kranken und Tag auf M. 1,41.

Das Berichtsjahr schliesst die ersten 25 Jahre der Anstalt. Eine kleine Tabelle gibt eine generelle Auskunft über die Krankenbewegung in der Anstalt während dieses Zeitraums. Ich berechne aus derselben folgende Zahlen. Behandelt wurden 2064; von diesen sind

genesen . .	27,9 %.
gebessert . .	9,1 %.
gestorben . .	30,0 %.
ungeheilt . .	14,3 %.
verblieben . .	17,8 %.

Für das nun begonnene zweite Vierteljahrhundert wünschen wir der Anstalt weiteres Gedeihen und segensreiche Wirksamkeit.

Erlenmeyer.

II. Verschiedene Mittheilungen.

156) Aus Leipzig. Verehrter Herr College! In den politischen Zeitungen wird jetzt von der Adler-Apotheke in Lissa, Provinz Posen, ein „Migränepulver“ angepriesen, ohne Angabe der Zusammensetzung. Carton mit 10 Pulvern Mk. 2,25. Ich habe das Pulver von Herrn Apotheker Dölling hier untersuchen lassen und dieser hat gefunden, dass jede der Limosin'schen Kapseln enthält 1 Gr. Natr. salicyl. pur. und zwar ein sehr reines Präparat. Nach hiesiger Taxe kosten 5 Gr. Natr. salic. pur. in Oblaten 90 Pfg. Möbius (Leipzig).

157) Aus Paris. Unter Vorsitz des Ministers des Innern fand hier Mittwoch den 6. April eine Versammlung statt. Unter Anderm wurde berathen was für die Alcoholiker und Epileptiker zu thun wäre, da selbe in den Asilen nicht aufgenommen werden. Man denkt sie unter eine Patronage zu stellen, wie sie für Gefangene hier längst existirt.

Charcot liest diesen Sommer nicht und lässt sich durch Dieulafoy supliren. Gegenstand: Pathologische Anatomie der Leber, Galle und Gallengänge.

Vulpian hat seine Vorlesung über das Nervensystem mit einer Einleitung über Microben und Bacterien eröffnet und war Pasteur so freundlich auf Ansuchen Vulpians mehrere diesbezügliche Experimente den Hörern selbst vorzuführen. Gosselin, Richet, Quingnaud und natürlich auch Vulpian waren anwesend, ebenso auch viele Internes des hopitaux. Die Vorlesung schloss mit einem stürmischen Applaus und der greise, theilweise gelähmte Gelehrte dankte in rührenden Worten.

Dr. H.

158) Aus Baden-Baden. Die VI. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte wird am 21. u. 22. Mai hier stattfinden. Herr Prof. Bäumler in Freiburg und Dr. Fischer jun. zu Pforzheim sind Geschäftsführer. Ein Programm ist noch nicht aufgestellt.

III. Brief an die Redaction.

München, den 2, April 1881.

Unter Berufung auf § 11 des Pressgesetzes fordere ich Sie hiermit auf, beifolgende thatsächliche Berichtigung in der *nächstfolgenden* Nummer Ihres Centralblattes *unverändert* zum Abdrucke zu bringen.

Zugleich mache ich Sie darauf aufmerksam, dass ich eventuell die Erfüllung dieser Forderung mit allen mir durch das Pressgesetz gesicherten Mitteln urgiren werde.

Dr. Löwenfeld.

Berichtigung.

In Nr. 6 des „Centralbl. f. Nervenheilk." vom 15. März l. J. ist ein kritisches Referat über eine von mir in Nr. 8 des „Centralbl. f. d. med. Wissensch." vom l. J. veröffentlichte vorläufige Mittheilung enthalten. In diesem Referate wird meine Arbeit als eine „relativ ergebnisslose" bezeichnet, Mangel der Angaben über das Versuchsverfahren gerügt, die „unglaubliche Regelmässigkeit" der Versuchsresultate bezweifelt, ferner behauptet, Legros u. Onimus u. Letourneau hätten gleiche Versuche angestellt wie ich und sich mit je einem Thiere begnügt, endlich mir u. A. unverantwortlichen Missbrauch der Vivisection vorgeworfen.

In diesem Referate ist

1) verschwiegen, dass die kritisirte vorläufige Mittheilung nur wenig über 1 Seite beträgt, dass dieselbe nur die *wesentlichsten* Ergebnisse meiner Versuche enthält, dass bezüglich der Versuchsdetails auf eine demnächst folgende — mittlerweile bereits publicirten — Arbeit verwiesen ist und dass bei dem angegebenen Umfange der Mittheilung von einem Eingehen auf Versuchsdetails nicht die Rede sein konnte.

2) verschwiegen, dass in der dem Referenten vorliegenden Mittheilung von mir nichts erwähnt und auch sonst kein Material zur

Entscheidung der Frage gegeben ist, ob in den einzelnen von mir angestellten Versuchen die Resultate mit Regelmässigkeit wiederkehrten oder nicht.

3) unrichtigerweise behauptet, Legros u. Onimus u. Letourneau hätten gleiche Versuche wie ich angestellt. Es hat, wie ich schon Eingangs meiner vorläufigen Mittheilung erwähnte, *Niemand vor mir* experimentelle Untersuchungen über die Wirkungen *percutan* angewendeter, in der Längs- oder Querrichtung durch den Kopf geleiteter electrischer Ströme auf die Circulationsverhältnisse im Innern der Schädelhöhle angestellt; es hat ferner überhaupt Niemand vor mir über die Wirkungen quer durch den Kopf geleiteter constanter und am Kopfe applicirter inducirter Ströme auf die Circulationsvorgänge im Innern des Schädels experimentelle Erfahrungen veröffentlicht.

4) ist in dem betr. Referate verschwiegen, dass ich auf experimentellem Wege die Beweisskraft des Letourneau'schen Versuches beseitigt habe.

Die Belege für diese meine Behauptungen finden sich sowohl in der genannten vorläufigen Mittheilung, als in meiner Arbeit: „Experimentelle und kritische Untersuchungen zur Electrotheraphie des Gehirns, insbesondere über die Wirkungen der Galvanisation des Kopfes". München, J. A. Finsterlin'scher Verlag.

München, den 1. April 1881.

Dr. L. Löwenfeld.

Die obige vom Verf. sogenannte *Berichtigung* hätte ich auch ohne die fürchterliche Drohung mit den Folgen des Pressgesetzes, mit Vergnügen zum Abdruck gebracht, weil sie — von bedeutungslosen Nebendingen abgesehen — den Beweis liefert, dass Herr Löwenfeld nicht in der Lage ist, meine an seiner vorläufigen Mittheilung erhobenen Ausstände zu rectificiren; ich halte dieselben auch jetzt noch ausnahmslos in der Hauptsache aufrecht und werde wohl bei Besprechung des nun erschienenen Werkes des Herrn Löwenfeld noch Gelegenheit haben, darauf zurück zu kommen.

Erlenmeyer.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; freie Station I. Classe, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 Mark. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 Mark freie Station. 3) Halle a. Saale, a. II. Volontärarzt, 1050 M. fr. Stat. b. Assistenzarzt an der psychiatr. Klinik, 8. Juni, 1500 Mark u. fr. Station. 4) Owinsk (Posen) a. II. Arzt 3000 Mark und freie Familienwohnung. b. Assistenzarzt, 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 5) Leubus, Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat. 6) Marsberg, a. Volontairarzt sofort, 600 Mark, fr. Stat.; b. Assistenzarzt, 1. März 1200 M., freie Station, für Beide Bedingung: kath. Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 7) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 Mark, fr. Stat. 8) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1200 M., fr. Stat. 9) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) Volontairarzt, sofort, 450 + 600 Mark, fr. Sat. 10) Grafenberg (Düsseldorf), Volontairarzt sofort; 600 M., fr. Stat. 11) Sonneberg (Thür.) Wasserheil-

anstalt, Assistenzarzt, März; 125 M. pro Monat, fr. Stat. 12) Grafenberg bei Düsseldorf (provincst. Irrenanstalt) II. Arzt und stellvertr. Director, 1. Juli, 3000 M., Familienwohnung, Garten, Heizung und Beleuchtung. Meldung an den Landesdirector Frhr. v. Landsberg in Düsseldorf. 13) Düren (provincst. Irrenanstalt) II. Arzt und stellvertretender Director, 1. October. Gehalt, Meldung etc. wie bei Grafenberg. 14) Kaiserswerth a. Rh., Privat-Irrenanstalt der Diaconissen. Dirigirender, verheir. Arzt, 3000 M., freie Wohnung. 15) Sorau (Brandenb. Land-Irrenanstalt), Assistenzarzt 1. Juni, 1500 Mark, möblirte Wohnung, freie Station I. Classe, Heizung, Beleuchtung und Arznei. 16) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Creutzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Minden (Minden), Ragnit (Gumbinnen), Osterode (Königsberg), Sensburg (Gumbinnen), Samter (Posen), Schönau (Liegnitz), Stuhm (Marienwerder), Worbis (Erfurt), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Ernannt. Dr. Kimpen in Neunkirchen zum Physicus des Kreises Ottweiler. — Dr. Engelhardt, Stabs- und Bataillonsarzt in Magdeburg zum Phys. des Kreises Jerichow I mit dem Wohnsitz in Burg bei Magdeburg.

Ehrenbezeugungen. Der Physicus des Kreises Aschersleben, Dr. Simon in Quedlingburg zum Sanitätsrath.

V. Anzeige.

Druckfehler.

Seite 156 Ref. 117 „Marcacci.“ statt „Maracci“. Ref. 119. „Boudet“ statt „Bouvet“.

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.
Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. 1. Mai 1881. Nro. 9.

INHALT.

I. Originalien.

Die functionellen Verhältnisse der motorischen Wurzeln des Plexus brachialis und Plexus lumbo-sacralis.

Von DAVID FERRIER und GERALD YEO,
Professoren am King's College in London.

Vorgetragen in der Royal Society am 24. März 1881.

Mit Bewilligung der Verfasser mitgetheilt von
R. H. PIERSON in Dresden.

Die Functionen, welche von den für die Gliedmassen bestimmten Nervengeflechten vertreten werden, sowie die Art der Vertheilung

der verschiedenen Wurzeln des Plexus brachialis und Plexus lumbosacralis, sind häufig Gegenstand der Speculation, gelegentlich auch experimenteller Forschung gewesen, da diese Frage ein beträchtliches psychiologisches und pathologisches Interesse darbietet. Die makroskopische Untersuchung des Modus der Vereinigung der Wurzeln zu grösseren Stämmen lässt nur eine approximative Bestimmung der möglichen Wurzeln eines jeden Stammes zu und man kann, wie das von W. Krause (Beiträge zur Neurologie der oberen Extremitäten, 1865) geschehen ist, durch genauere Präparation und Maceration in geeigneten Flüssigkeiten die die Nervenstämme zusammensetzenden Fasern mit grösserer Schärfe nachweisen.

Indessen ist auch die feinste anatomische Präparation nicht im Stande, die sensiblen und motorischen Bestandtheile der Nervenstämme von einander zu sondern; dies kann nur dadurch erreicht werden, dass man die Wirkungen der Reizung, resp. Zerstörung der einzelnen Plexuswurzeln studirt. Beide Methoden sind von verschiedenen Forschern an niederen Thieren versucht worden.

Johannes Müller und van Deen experimentirten am Cruralplexus des Frosches. Müller kam durch seine Experimente, sowie durch eine Betrachtung der Ergebnisse von Kronenberg's Versuchen zu dem Schlusse: „die Nervengeflechte, insofern ihre motorische Thätigkeit in Betracht kommt, hätten die Bestimmung, jedem Muskel Fasern von verschiedenen Partien des Gehirns und Rückenmarkes zuzuführen. . . Die Geflechte sollen vielleicht auch die sensiblen und motorischen Fasern nach Massgabe des Bedürfnisses der Theile, in welchem die betreffenden Nerven sich vertheilen, untereinander vermischen. Kronenberg (Plexuum nervorum structura et virtutes, Berlin 1836. cit. bei W. Krause, op. cit.) fand, dass beim Kaninchen durch mechanische oder electrische Reizung des plexus brachialis nahezu sämmtliche Muskeln der betr. Extremität in Bewegung gesetzt wurden. Seine Schlussfolgerungen bezüglich der Functionen dieses Plexus stimmen im Wesentlichen mit denen von Joh. Müller überein.

Zu einer ähnlichen Ansicht war Bartolomeo Panizza durch seine Experimente am Plex. cruralis von Fröschen und Ziegen gelangt. Er fand, dass Durchschneidung einer einzigen Wurzel nur vorübergehende Schwäche des Gliedes im Ganzen hervorrief, eine Schwäche, welche im directen Verhältniss zu der Zahl der durchschnittenen Wurzeln sich steigerte; jedoch trat vollständige Lähmung erst dann ein, wenn die letzte Wurzel durchschnitten war.

Die Untersuchungen von Peyer (Zeitschr. für rationelle Medicin, N. F., Bd. IV. 1854.) über die peripherische Vertheilung der sensiblen und motorischen Wurzeln des plex. brachialis beim Kaninchen zeigten eine grössere Präcision als die von Kronenberg. P. durchschnitt die Plexuswurzeln und stellte durch Bloslegung und Präparation der Muskeln fest, welche von ihnen sich bei schwacher electrischer Reizung jeder einzelnen Wurzel contrahirten. Ebenso bestimmte er die regionäre Vertheilung der sensiblen Wurzeln, indem er alle Wurzeln bis auf eine durchschnitt, und dann feststellte, von welcher Zone aus durch cutane Reizung noch Reflexbewegungen

ausgelöst werden konnten. Bezüglich der Vertheilung der motorischen Wurzeln weicht Peyer von Kronenberg bedeutend ab; er gibt in einer Tabelle eine Uebersicht der Muskeln nach ihrer Beziehung zu den einzelnen Wurzeln, von der fünften cervicalen, bis zur ersten dorsalen Wurzel. Er fand nun, dass die meisten Muskeln von mehr als einer Wurzel Fasern erhielten, und dass die von einer einzelnen Wurzel versehenen Muskeln nicht in solche einfache Gruppen wie Extensoren, Flexoren etc. zerfallen, sondern dass die Verhältnisse complicirter sind. Die mehr nach der Hand zu gelegenen Muskeln werden von den nach dem Dorsaltheil des Rückenmarks zu gelegenen Wurzeln versorgt. Die sensiblen Wurzeln waren gewöhnlich so vertheilt, dass sie sich in den Hauptbezirken verbreiteten, welche über den von den entsprechenden motorischen Wurzeln innervirten Muskeln lagen.

Peyer's Resultate wurden in der Hauptsache von W. Krause (op. cit.) bestätigt. Seine Methode bestand darin, dass er nach Durchschneidung der einzelnen Wurzeln die nach dem Waller'schen Gesetze eintretende Degeneration der sensiblen und motorischen Nerven verfolgte. Seine tabellarische Uebersicht über die peripherische Anordnung der verschiedenen Wurzeln findet sich im Wesentlichen wiederholt in seiner „Anatomie des Kaninchens." 1868, p. 247.

Ein einziges interessantes Experiment machte Krause an einem Affen (Macacus cynomologus). Er durchschnitt den 6. und 7. Cervicalnerven und fand, dass weder in den sensiblen Fasern des N. ulnaris, noch in denen des N. medianus Degeneration eintrat. Nach Analogie der bekannten Nervenvertheilung beim Kaninchen schloss er hieraus, dass die Digitalnerven des Ulnaris und Medianus vom ersten Dorsal-, resp. achten Cervicalnerven herstammten.

Was die Beobachtungen am Menschen anbelangt, so liegt bezüglich der functionellen Verhältnisse der Wurzeln des Armgeflechtes eine zuerst von Erb (Krankh. der cerebrospinalen Nerven, p. 510) gefundene wichtige Thatsache vor. Durch Faradisation in der Gegend des Plexus brachialis findet sich eine Stelle (sie entspricht ungefähr der Austrittsstelle des 6. Cervicalnerven zwischen den Scalenis), von welcher aus der Deltoideus, Biceps, Brachialis internus und die Supinatoren in gemeinschaftliche Contraction versetzt werden. Es ist, wie Erb sagt, schwer, dabei den N. radialis zu vermeiden, welcher jedoch auch isolirt zu treffen ist. Wir selbst haben bei einigermassen deutlicher Action der erwähnten Muskelgruppen stets eine gleichzeitige Streckung im Handgelenk beobachtet. (Erb spricht übrigens nur davon, dass es „bei *vielen* Individuen bei sehr vorsichtiger Reizung" gelinge, diese Stelle zu finden. — Ref.) Ferner hat E. Remak („Zur Pathogenese der Bleilähmungen", Arch. für Psych. u. Nervenkr., 1878, und „Ueber die Localisation atrophischer Spinallähmungen etc., ibid., 1879) aus der Gruppirung der bei atrophischen Spinallähmungen betroffenen Muskeln den treffenden Schluss gezogen, dass functionell zusammengehörige, synergische Muskeln eine gemeinschaftliche Vertretung in den Vorderhörnern des Rückenmarks haben, und er gibt, mit einer ge-

wissen Vorsicht, die vermuthliche Lage der Centren gewisser Muskelgruppen der oberen und und unteren Extremitäten im Cervical-, bez. im Lumbartheil des Rückenmarks an.

Zur Klärung dieser verschiedenen Fragen haben wir nun an den motorischen Wurzeln des plex. brachial. und lumbo sacralis von Affen eine Reihe von Versuchen gemacht, deren Ergebnisse man wohl fast direct auf den Menschen anwenden kann. Das Armgeflecht des Affen entspricht seiner Zusammensetzung, Configuration und Vertheilung nach ziemlich genau dem des Menschen. Es wird gebildet von Wurzeln aus dem 4., 5., 6., 7. und 8. Cervical- und 1. Dorsalnerven. Ihre Vereinigung zu den grösseren Nervenstämmen erfolgt im Wesentlichen ganz wie beim Menschen. Nur der N. phrenicus erhält, so weit unsere Untersuchungen reichen, nicht, wie gewöhnlich beim Menschen, einen Zweig aus dem 5. Cervicalnerven, sondern entspringt ausschliesslich aus dem 3. und 4. Das Lenden- und Kreuzbeingeflecht scheint jedoch auf den ersten Blick sich abweichend zu verhalten, wenigstens in soweit als der Ursprung der dasselbe zusammensetzenden Wurzeln in Betracht kommt. Dies beruht darauf, dass die von uns untersuchten Affen 7 Lendenwirbel hatten. Wir brauchen aber nur den ersten Lendenwirbel zu den Brustwirbeln zu rechnen und den letzten Lendenwirbel als ersten Kreuzbeinwirbel zu betrachten, um bezüglich des Modus der Vertheilung der verschiedenen Muskeln vollkommene Uebereinstimmung mit dem Menschen zu erzielen.

Bei einem unsrer Thiere fanden wir übrigens auch rudimentäre Rippen am ersten Lendenwirbel; ja es scheint sogar die Zusammensetzung des Lenden- und Kreuzbeingeflechtes ein Mittel zu sein, um zu bestimmen, welcher Gruppe die variablen Brust-, Lenden- und Kreuzbeinwirbel bei Affen angehören.

Das von Dr. Yeo eingeschlagene Operationsverfahren war folgendes: An den tief chloroformirten Thieren wurden die über den Cervical-, bez. Lumbarnerven gelegenen Wirbelbögen entfernt, so dass das Rückenmark bloslag. Nach Eröffnung der Dura wurden an den Cervical- und Dorsalnerven die hinteren Wurzeln durchschnitten, um jede Reflexbewegung zu vermeiden. Bei den Wurzeln der Cauda equina war das nicht nöthig, da die hinteren und vorderen Wurzeln eine grosse Strecke getrennt verlaufen und leicht isolirt werden können. Die motorischen Wurzeln wurden mittelst nahe beieinander stehender Nadel-Electroden eines secundären Inductionsstromes gereizt. Die Stromstärke war minimal, an der Zunge kaum wahrnehmbar und gerade hinreichend, um eine deutliche Wirkung zu erzielen; der Rollenabstand betrug 20 Ctm. oder weniger, je nach der Erregbarkeit der Nerven, welche in verschiedenen Stadien erhebliche Schwankungen darbieten. Es wurden alle möglichen Cautelen zur Isolirung der Wurzeln angewendet; unvermeidliche Stromdiffusion wurde durch häufige Wiederholungen der Versuche und die erlangte Gleichförmigkeit der Resultate mehr oder weniger ausgeglichen. Bei den Experimenten am Plex. brachial., wo die Bloslegung der Wurzeln etwas schwierig ist, wurde manchmal der eine Pol mit breiter Fläche über dem Kreuzbein

als dem indifferenten Punkte aufgesetzt, während die betreffende Wurzel an einer den anderen Pol bildenden, gekrümmten Nadel aufgehängt wurde. Die Wurzeln wurden entweder innerhalb oder ausserhalb der Nervenscheide gereizt, je nachdem sie auf die eine oder andere Art am bequemsten zu erreichen waren.

Bei der Betrachtung des Reizeffektes achteten wir mehr auf die resultirende combinirte Muskelbewegung, als auf die blosse Zahl der in Thätigkeit versetzten Muskeln. Bei dem gleichzeitigen Zusammentreffen so vieler Momente ist es nicht leicht, jede Bewegung in die dabei wirksamen Factoren aufzulösen; wir haben desshalb unsere Angaben über die einzelnen Muskeln auf Grund zahlreicher Beobachtungen gemacht, indem wir die zusammenwirkenden Muskeln durch das Gefühl oder durch theilweise Bloslegung bestimmten. Indessen haben wir, ausser wo das ausdrücklich bemerkt ist, die Mitwirkung anderer Muskeln, deren directe Beobachtung nur durch Präparation möglich gewesen wäre, nicht ausschliessen können; jedoch lassen sich dieselben durch die anatomischen Verhältnisse und die Anwendung der bekannten Lehren der Bewegungsphysiologie auf die einzelnen Bewegungen recht gut bestimmen.

Unsere Versuche betrafen 7 Mal den Plexus brachialis, wovon ein Versuch missglückte, und 6 Mal den Plex. lumbo-sacralis, davon 2 Mal mit nur theilweisem Erfolg an 2 Wurzeln. Die resultirenden Bewegungen waren sehr übereinstimmend, wenn auch gelegentlich unvollständig; bedeutendere Abweichungen haben wir speziell verzeichnet.

Plexus brachialis.

Umfasst die Wurzeln des ersten Dorsalnerven und die des 8. — 4. Cervicalnerven.

1. Dorsalnerv. — Adduction des Daumens, Flexion der Finger in den Metacarpo-Phalangeal-Gelenken. — Endphalangen leicht extendirt, Finger gespreizt. Querdurchmesser der Hand verkleinert, Dorsalfläche mehr convex. — Die Wirkung entspricht den inneren Handmuskeln. Ausserdem Contraction der gleichseitigen Nackenmuskeln, wodurch der Kopf nach der Schulter gezogen wird.

In unseren beiden ersten Versuchen combinirte sich dieser Effekt mit dem nächstfolgenden, unzweifelhaft eine Folge ungenügender Localisation der Reizung.

8. Cervicalnerv. — Complicirte Bewegung: *Fester Verschluss der Faust* (innere Handmuskeln, lange Flexoren der Finger und des Daumens), *Pronation und Flexion im Handgelenk* (nach der Ulnarseite), *Streckung des Vorderarms mit Retraction des Oberarms* (besonders der lange Kopf des Triceps). Streckmuskeln am Vorderarm in 2 Fällen ebenfalls contrahirt.

Die hierbei betheiligten Muskeln werden innervirt vom N. ulnaris, medianus und radialis. Beim Menschen scheint auch der Pectoralis major an dieser Bewegung Theil zu nehmen, wir konnten das aber nicht speciell wahrnehmen, obwohl die Schulter herabgedrückt erschien. Es würde dann auch der Serratus anticus in Frage kommen, welcher anatomisch zu der vom 8. Cervical- und 1. Dorsalnerven gebildeten Schlinge gehört.

7. Cervicalnerv. — Oberarm wird *adducirt, nach innen gerollt* und *retrahirt*, der *Vorderarm gestreckt*, sodass der Handrücken an den Rumpf gebracht wird. *Handgelenk* und *Finger* (im zweiten Phalangealgelenk) *gebeugt*, so dass die Fingerspitzen nach der Radialseite und dem Rumpfe stehen.

Diese Bewegung erfordert die Mitwirkung zahlreicher Muskeln. Der Teres major, Latissimus dorsi und Subscapularis, einmal auch der Pectoralis major, ferner der Triceps und die langen Fingerbeuger waren in Thätigkeit.

Die dabei in Frage kommenden Nerven sind also die Nn. subscapulares, N. radialis und N. medianus, vielleicht auch der N. thoracicus anterior (M. pectoralis major).

6. Cervicalnerv. — Oberarm wird *adducirt* und *retrahirt*, *Vorderarm gestreckt* und *pronirt*, *Handgelenk gebeugt*, Handfläche der Schamgegend genähert.

Es ist das diejenige Bewegung, mit welcher man, wenn die Hände den fixen Punkt bilden, den Körper auf ein Trapez oder einen Baumzweig heben würde.

Wir bemerkten dabei Contraction des Pectoralis, Latiss. dorsi, Triceps und der Flexoren des Handgelenks, Auch die Pronatoren waren, obschon nicht sichtbar, in Thätigkeit.

Diese Muskeln werden versorgt vom N. thoracicus anterior, N. subscapularis und Zweigen der Nn. radialis und medianus.

5. Cervicalnerv. — Oberarm wird *nach oben und einwärts gehoben*, *Vorderarm gebeugt* und *supinirt*, *Handgelenk* und *Basalphalangen gestreckt*. Die Finger nehmen Klauenstellung mit gebeugten Endphalangen an. Das Resultat ist, dass die Hand an den Mund geführt wird.

Besonders thätig waren hierbei: der M. Deltoideus, namentlich dessen Cervicalportion, dann der Serratus major, die Flexoren des Vorderarms, also der Biceps, Brachialis anticus und Supinator longus, endlich die Strecker des Handgelenks und der Basalphalangen.

Betheiligte *Nerven*: N. axillaris, N. musculo-cutaneus, N. radialis, N. medianus (langer Fingerbeuger).

4. Cervicalnerv. — Schulter und Oberarm nach oben und rückwärts gehoben, Vorderarm gestreckt und supinirt, (Handgelenk gestreckt.)

Wirkung ähnlich wie beim 5. Cervicalnerven, nur dass der Arm nicht nach rückwärts gehoben wird. Betheiligte Muskeln: Deltoides, Rhomboidei, Supra- und Infraspinatus, Vorderarmbeuger, Strecker des Handgelenks, letztere manchmal nicht in Thätigkeit.

Während der Reizung dieser Wurzel *pausirt die Respiration* in Folge von *Zwerchfellkrampf.*

Betheiligte Nerven: Nn. rhomboidei, Nn. suprascapulares, N. axillaris, N. musculo-cutaneus, N. radialis, N. phrenicus.

Bemerkenswerth ist eine nach weiterer Forschung bedürftige Thatsache, nämlich dass in einem Falle, wobei wir besondere Aufmerksamkeit auf das Verhalten der *Pupillen* während der Reizung der Wurzeln vom 1. Dorsal- bis aufwärts zum 4. Cervicalnerven richteten, keine Bewegung der Pupillen beobachtet wurde, obgleich die gewöhnlichen Bewegungen des Armes eintraten. Diese Beobach-

tung ist von Wichtigkeit für die Frage eines Centrum ciliospinale im unteren Halsmark. Wir behalten uns diesen Gegenstand für weitere Untersuchungen vor.

Plexus lumbosacralis (cruralis).

Die Wurzeln, welche motorische Fasern für die untere Extremität abgeben, umfassen beim Affen den ersten Sacral- und den 7., 6., 5. und 4. Lumbarnerven; dieselben entsprechen, wie bereits angedeutet, dem 2. und 1. Sacral-, und dem 5., 4. und 3. Lumbarnerven beim Menschen.

Reizung des 2. und, in einem Falle, des 3. und 4. Sacralnerven, rief Bewegungen des Schwanzes hervor. Bewegungen der Beckenmuskeln haben wir nicht feststellen können.

1. Sacralnerv (2. Sacralnerv des Menschen). — *Adduction und Flexion der grossen Zehe* (Basalphalanx), *Flexion der Basalphalangen der Zehen* mit leichter Spreizung und Streckung der Endphalangen. Der Schwanz bewegte sich nach der gleichnamigen Seite. — Die Reizwirkung ist identisch mit der des ersten Dorsalnerven am Plexus brachialis, und beruht auf Contraction der inneren Fussmuskeln.

7. Lumbarnerv. — *Flexion des Unterschenkels* (Kniebeuger), Plantarflexion *des Fusses* (Wadenmuskeln), *Adduction der grossen Zehe* und *Flexion der übrigen Zehen in den Basalphalangen* (wie beim ersten Sacralnerven), ausserdem *Flexion der grossen Zehe* im Endphalangealgelenk (Flexor longus). — Der Oberschenkel wird leicht nach aussen gerollt, so dass die Fusssohle nach der Mittellinie sieht.

Die Mm. tibiales und peronaei, sowie die langen Zehenbeuger sind nicht in Thätigkeit.

Betheiligte Nerven: Zweige des N. ischiadicus.

6. Lumbarnerv. (5. Lumbarnerv des Menschen.) — *Auswärtsstellung des Oberschenkels* (seine Stellung hält dabei die Mitte zwischen Extension und Flexion), *Beugung des Unterschenkels mit Einwärtsrollung* (Fussspitze nach einwärts), *Plantarflexion des Fusses* mit *Flexion der Endphalangen des Hallux und der Zehen.* Der äussere Fussrand wird etwas erhoben. — Diese complicirte Bewegung erfordert die Zusammenwirkung zahlreicher Muskeln und ist schwer zu analysiren. Wir constatirten Contraction an Muskeln in der Gesässgegend, der Kniebeuger, Wadenmuskeln, der langen Flexoren, des Tibialis anticus und posticus, der Peronäalmuskeln und der Zehenstrecker.

Die dabei betheiligten Nerven kommen vom Stamme und den äussern und innern Verzweigungen des N. ischiadicus.

4. Lumbarnerv (5. Lumbarnerv des Menschen). — *Extension des Ober- und Unterschenkels* und *der grossen Zehe.* — Hieraus resultirt Streckung des ganzen Beines direct nach hinten; es ist das eine Bewegung, welche beim Gehen der Erhebung des Fusses zur Bildung eines Schrittes nach vorwärts vorausgeht.

Die dabei thätigen Muskeln sind die Glutaeen, die Adductoren, der Extensor cruris und Peronaeus longus. Letzter vermittelt die Abwärtsbewegung (pointing) der grossen Zehe in Folge von Depression der Basis des ersten Metatarsusknochens, und zugleich die

Erhebung des äusseren Fussrandes. Die Wadenmuskeln contrahirten sich nicht.

Die betheiligten Nerven sind: der N. glutaeus superior, N. cruralis, N. obturatorius und der Ramus musculo-cutaneus des N. popliteus externus.

4. *Lumbarnerv.* (3. Lumbarnerv des Menschen). — *Flexion des Oberschenkels* und *Streckung des Unterschenkels.* — Hierdurch wird das Bein gerade vorgestreckt.

Ausser dem M. ilio-psoas, der, wenn auch nicht sichtbar, hier offenbar mitwirkt, waren der Sartorius, die Adductoren und der Extensor cruris in Thätigkeit. In den Unterschenkel- und Fussmuskeln war keine Contraction zu bemerken.

Betheiligte Nerven: N. cruralis und N. obturatorius.

Reizung des *dritten Lumbarnerven* (2. Lumbarnerv des Menschen) verursachte Muskelcontraction in der Weiche, aber keine Bewegungen am Bein. Cremastercontraction wurde nicht beobachtet, obwohl man das hätte erwarten sollen. Reizung des *zweiten* (1. Lumbarnerven des Menschen) und *ersten Lumbarnerven* rief ebenfalls Contraction einiger Muskeln in der hypogastrischen Gegend hervor.

Es ergibt sich also, dass die auf Reizung der einzelnen Wurzeln des Plexus brachialis und cruralis erfolgenden Bewegungen nicht blosse Contractionen verschiedener Muskeln sind (obschon viele Muskeln, wie frühere Forscher gefunden haben, von mehr als *einer* Wurzel zur Contraction angeregt werden), sondern dass es sich in jedem Falle um eine coordinirte Synergie handelt, wie E. Remak vermuthete. Die von jeder einzelnen Wurzel in Thätigkeit versetzten Muskeln werden in den meisten Fällen von mehreren Nervenstämmen innervirt; dennoch scheint es, dass die geflechtartigen Verbindungen der verschiedenen Wurzeln den Zweck haben, den bei den einzelnen functionellen Combinationen thätigen Muskeln die nöthigen motorischen Fasern in verschiedenen Nervenstämmen zuzuführen.

Es würde also die Durchschneidung jeder einzelnen motorischen Wurzel eine Lähmung der entsprechenden combinirten Bewegung zur Folge haben, nicht aber nothwendigerweise auch Lähmung der einzelnen dabei betheiligten Muskeln; denn da letztere grossentheils von mehr als *einer* Wurzel innervirt werden, so wird der Grad der Lähmung der Muskeln abhängig sein von dem Grade der durch die durchschnittene Wurzel vermittelten Innervation, und sie könnten, obwohl sie geschwächt sind, doch bei anderen Combinationen mitwirken, insofern als sie dabei von anderen Wurzeln versorgt werden. Dies scheint uns die richtige Erklärung des von Panizza gefundenen Verhaltens zu sein: dass nämlich absolute Immobilität des betreffenden Gliedes in seinen Experimenten erst dann eintrat, wenn sämmtliche Wurzeln durchschnitten waren.

Die Hals- und Lendenanschwellung des Rückenmarks sind offenbar Centren hochstehender coordinirter Muskelcombinationen. Dieselben können, wie aus den Versuchen Krause's an Kaninchen im Vergleich zu unseren Experimenten hervorzugehen scheint,

bei verschiedenen Thieren je nach ihren Gewohnheiten und Thätigkeitsarten verschieden sein.

Die von uns gefundenen Resultate können vielfache Anwendung auf die Physiologie und Pathologie finden, allein für jetzt begnügen wir uns mit der oben gegebenen kurzen Andeutung einiger der nächst liegenden Schlussfolgerungen, zu welchen sie uns zu berechtigen scheinen.

II. Referate.

159) **v. Bischoff, Theodor:** Das Hirngewicht des Menschen.
(171 Seiten. Druck und Verlag von P. Neuser in Bonn.)

In einem Vorwort bespricht zunächst der Verfasser die Frage, ob die Masse des Gehirns, das Gewicht desselben, in einer directen Beziehung zu seiner Function als Organ der Seelenthätigkeiten stehe, eine Frage, welche von Anatomen und Physiologen zu allen Zeiten bald bejaht, bald bezweifelt worden sei. Er selbst ist der Meinung, dass wie in der ganzen Natur ein Parallelismus zwischen Masse und Kraft bestehe, speziell auch bei den Organen des thierischen und menschlichen Körpers, so auch, da die geistigen Functionen eine Thätigkeit des Gehirns seien, hier zwischen Masse des Gehirns und der geistigen Befähigung dieser Paralellismus bestehen müsse Daraus dass er sich nicht so leicht nachweisen lasse, folge nicht, dass er nicht bestehe, vielmehr sei es Aufgabe der wissenschaftlichen Forschung ihn doch zu enthüllen.

Im ersten Capitel wird sodann das absolute Hirngewicht mit Rücksicht auf den Unterschied des Geschlechts besprochen, es werden die Forschungen Anderer, wie Sims, Blendinning, Tiedemann etc. mitgetheilt.

Auf Grund seiner eigenen Erfahrungen, welche in der angefügten Tabelle I niedergelegt sind, und welche sich erstrecken auf die Hirngewichte von 559 Männern und 347 Weibern theilt der Verfasser mit, dass er als mittleres Hirngewicht bei Männern 1362 Gramm, bei Weibern 1219 Gramm gefunden habe; ein Resultat, welches mit dem Ergebniss aller früheren Beobachter, dass das männliche Gehirn immer schwerer sei als das weibliche, vollkommen übereinstimmt.

Ein zweites Capitel handelt von dem Einflusse des Körpergewichtes auf das Hirngewicht und dem sogen. relativen Hirngewicht und ist hier hervorzuheben, dass trotz ausserordentlicher Schwankungen im Einzelnen dennoch im allgemeinen Fortgange mit der Zunahme des Körpergewichts eine Zunahme des Hirngewichts stattfindet. Besonders kommt der Einfluss des erstern auf das leztere zum Vorschein, wenn man die Fälle von 10 : 10 Kilogramm gruppirt, dann findet sich

bei 91 Fällen	v. Männ.	v.	30—39	Kgr.	Körpg.	ein	Hirng.	v.	1348	Gr.
„ 206	„	„	40—49	„	„	„	„	„	1362	„
„ 18	„	„	70—79	„	„	„	„	„	1419	„

bei Frauen in gleicher Weise. Was das relative Hirngewicht be-

trifft, so ertheilt die Mehrzahl der Autoren den Weibern ein grösseres relatives Hirngewicht als den Männern. v. Bischoff berechnet aus seiner II. Tabelle aus 535 Fällen (männl. Geschl.) zwischen 20 und 80 Jahren ein mittleres relatives Hirngewicht von $^1/_{36,58}$ und von 340 Fällen von Weibern desselben Alters von $^1/_{35,16}$.

Das weibliche relative Hirngewicht würde also immerhin etwas günstiger ausfallen als das männliche, dieser Vorzug aber keineswegs ausreichen, um den Unterschied des absoluten Hirngewichts zwischen Männern und Weibern zu erklären, welches bei erstern um 9—10$^0/_0$ grösser ist.

Ein drittes Capitel handelt von dem Einfluss der Körpergrösse auf das Hirngewicht. Auf Grund der beigefügten Tabelle IV. von 390 Männern und 266 Weibern hält es der Verfasser für nicht zweifelhaft, dass mit der Körpergrösse im Allgemeinen bei beiden Geschlechtern das Hirngewicht zunimmt, andererseits zeigen die Untersuchungen auch, dass kleinere Individuen ein relativ schwereres Gehirn besitzen, als grössere.

Der Einfluss des Alters auf das Gehirngewicht wird im vierten Capitel abgehandelt. In Bezug auf Embryonen fand der Verfasser, dass das Hirngewicht derselben mit ihrem Alter und Körpergewicht fortschreitet; bezüglich neugeborener, ausgetragener, normaler Kinder, dass neugeborene Knaben ein mittleres Hirngewicht von 367 Grm. Mädchen von 396 Grm. haben, (doch fügt der Verfasser selbst hinzu, dass die Zahl seiner Beobachtungen zu gering sei).

Aus einer weiteren Tabelle über Hirn- und Körpergewicht von neugeborenen Kindern bis zu 20 Jahren geht hervor, dass das Gehirngewicht mit dem Alter und Körpergewicht zunimmt; und zwar in diesen 15 Jahren auf das Drei- bis Vierfache steigt, dass das relative Hirngewicht im Allgemeinen abnimmt, der Körper stärker wächst als das Gehirn. Aus einer angefügten Tabelle III enthaltend Hirngewichts- und Altersangaben von 545 Männern zwischen 16 u. 85 Jahren und 341 Weibern zwischen 15 u. 82 Jahren lassen sich folgende Resulate entnehmen. Das Maximum des Hirngewichts ist von Weibern schon im 20. Lebensjahre erreicht, von Männern erst zwischen 20 und 30 Jahren.

Bei beiden Geschlechtern nimmt das Hirngewicht im höheren Lebensalter ab, beim Weibe zwischen 50 u. 60 Jahren, beim Manne zwischen 60 und 70 Jahren. Die Abnahme steigt mit fortschreitendem Alter.

In Bezug auf den Einfluss der Racen und der Nationalität auf das Hirngewicht im fünften Capitel besprochen, lieferten die Untersuchungen nur unsichere Resultate.

Weitere im sechsten Capitel niedergelegte Untersuchungen über Gewichtsverhältnisse einzelner Theile im Gehirn haben bis jetz mit Ausnahme derjenigen über das kleine Gehirn noch zu keinem brauchbaren Resultate geführt. Das relative Kleinhirngewicht zum ganzen Hirn ist nach v. Bischoff bei beiden Geschlechtern fast gleich, nämlich bei den Männern $^1/_{7,7}$, bei den Weibern $^1/_{7,8}$. Im siebten Capitel überschrieben „Grosshirnwindungen und Hirngewicht“ weist der Verfasser darauf hin, wie die Bedeutung des Gehirngewichtes,

namentlich in geistiger Beziehung, durch die Entwicklung der Oberfläche der Grosshirnhemisphären in den Windungen, höchst wahrscheinlich sehr bedeutende Modifikationen, quantitativer und qualitativer Art erfährt, er bespricht die Methoden verschiedener Autoren die Oberfläche des Grosshirns, sowie die graue und weisse Substanz quantitativ zu bestimmen und polemisirt zum Schlusse gegen die Theorie Benedicts der Verbrecher-Gehirne.

Bezüglich des Verhältnisses zwischen Hirngewicht und Intelligenz, welches im achten Capitel besprochen wird, sagt der Verfasser, dass man durchaus nicht berechtigt ist, zu sagen, dass Gehirngewicht und geistige Befähigung und Leistung gleichen Schritt gehen, eben so wenig aber, dass Grösse und Gewicht des Gehirns überhaupt nicht mit der geistigen Begabung und Leistung in Verbindung gesetzt werden können. In den Schlussbemerkungen gibt Verfasser noch einmal eine Zusammenstellung der von ihm gefundenen Resultate und knüpft daran noch weitere Betrachtungen, welche der Leser im Original nachzulesen gebeten wird. Das Buch bietet eine Fülle interessanter Beobachtungen.

Schulz (Braunschweig).

---

160) **Christiani, Arthur** (Berlin): Experimentelle Beiträge zur Physiologie des Kaninchenhirnes und seiner Nerven.

(Monatsbericht der k. Akad. der Wissensch. zu Berlin. Februar 1881.)

Reizung des N. opticus, sowie des Acusticus (sei es durch den adaequaten Reiz oder auf elektrischem, beziehungsweise mechanischem Wege) wirkt auf die Athmung beschleunigend, bezüglich inspiratorisch, und zwar sowohl bei unverletztem Gehirne, als auch, und dann in viel höherem Grade, nach vorheriger Entfernung der Grosshirnhemisphären mit den Streifenhügeln.

Die Sehhügel enthalten im Inneren, in geringer Höhe über dem Boden des dritten Ventrikels, in dessen Seitenwand, nahe den Vierhügeln eine circumscripte, etwa einen Cubikmillimeter grosse Stelle, deren Reizung, je nach der Stärke des Reizes und dem Grade der Erregbarkeit, Stillstand des Zwerchfelles in Inspirationstellung, oder inspiratorisch vertiefte und beschleunigte Athmung verursacht. (Inspirationscentrum des dritten Ventrikels.)

In der Substanz der vorderen Vierhügel, dicht unter und neben dem Aquäductus Sylvii, ist ein Exspirationscentrum nachweisbar, dessen Reizung vor, wie nach doppelter Vagisection, das Auftreten explosiver, activer Exspirationsstösse oder Stillstand in gewöhnlicher oder activer Exspiration bewirkt.

Ein zweites Inspirationscentrum wird durch einen zwischen vorderem und hinterem Vierhügelpaare angelegten Schnitt der Reizung zugänglich gemacht.

Kaninchen denen beide Grosshirnhemisphären mit den Streifenhügeln exstirpirt wurden, unterschieden sich wenig von nicht enthirnten Thieren; sie sassen unmittelbar nach der Operation da, wie normale Thiere zu sitzen pflegen, ergriffen die Flucht, wenn man sie, namentlich an den hinteren Extremitäten, festzuhalten suchte,

führten, trotzdem sie leicht einschliefen, spontane Ortsbewegungen aus, und reagirten auf Geräusche lebhafter, als nicht operirte Thiere.

Bei einer Schnittführung vor den Vierhügeln, oder auch nur bei Durchtrennung des Bodens des dritten Ventrikels in der Mittellinie ist das Coordinationsvermögen für Stand und Locomotion dauernd aufgehoben.

In mehreren Fällen, wo die Sehhügel und die vordere Schichte der Vierhügel abgetragen wurden, konnten auf mechanische Reizungen von den hinteren Extremitäten und vom Rumpfe aus reflectorische Bewegungen schwierig oder gar nicht erlangt werden, wohl aber vom Kopfe und vom Nacken aus. Wurde unmittelbar hinter den Vierhügeln, mit Schonung des Cerebellum und des Pons der Schnitt angelegt, so verhielten sich die Kaninchen wie strychninisirte Thiere.

Strychnin wirkt — auch local applicirt — besonders aufdas inspiratorische Centrum des dritten Ventrikels. Chloralhydrat und Apnoe erweisen sich als Antagonisten des Strychnin, indem sie das ebengenannte Centrum lähmen, und auf ein in den vorderen Vierhügeln gelegenes Hauptreflexhemmungs- und Exspirationscentrum erregend einwirken. Obersteiner (Wien).

---

161) **Hammond W.** (New-York): On thalamic Epilepsy (Sehhügel-Epilepsie).

(Neurological Contributions. 3. H.)

Ein 22 jähriges Mädchen litt an eigenthümlichen nervösen Anfällen, die sich mehrmals des Tages wiederholten. Eingeleitet wurde der Anfall durch (jedesmal verschiedenartige) Gesichtserscheinungen, deren Subjectivität richtig aufgefasst wurde, worauf eine kurze Periode vollständiger Bewusstlosigkeit folgte. Die Dauer des ganzen Anfalls schwankte meist nur zwischen 20—30 Secunden.

Der erste Anfall den H. beobachtete verlief folgendermassen: Wenige Minuten nachdem die Kranke mit ihrer Mutter in das Sprechzimmer eingetreten war, und über einige Punkte ihres Leidens Auskunft gegeben hatte, wendete sie sich zu ihrer Begleiterin und sagte: „Es ist wieder da, und denke nur, Mutter, was es ist; ein prachtvoller Stuhl, mit rothem, Sternenbesätem Tuche bedeckt. Gerade so stelle ich mir einen Thronsessel vor. — Und es ist zum ersten Male, dass mir ein Stuhl erscheint; bisher habe ich Felsen gesehen, alle Arten von Thieren, aber „aber — —“ hier sank ihr Kopf auf die Brust herab, sie schloss die Augen, die Athmung wurde kaum merkbar. — Nach Ablauf von 3 Secunden erhob sie wieder den Kopf und lächelte als ob nichts geschehen wäre.

Erst nach 10 Jahren sah H. die Kranke wieder; die Anfälle waren häufiger und länger geworden, nicht selten ging den Hallucinationen ein eigenthümliches nicht localisirbares Gefühl im Kopfe als Aura voran. Es konnte constatirt werden, dass mit Beginn der Bewusstlosigkeit eine plötzliche Dilatation der Pupillen eintrat, und dass die Kranke während dieser Zeit vollständig anästhetisch war.

Inhalation von Amylnitrit, Aether oder Chloroform, Compression der Ingularvenen, ja sogar eine intensive Willensanstrengung von Seite der Kranken coupirten den Anfall. Länger fortgesetzter Gebrauch von Bromnatrium (circa 1,00 dreimal täglich) brachte die Anfälle zum Schwinden.

Doch kam die Kranke, die sich unterdessen verheirathet hatte, nach Ablauf eines Jahres wieder. Abermals waren die Anfälle wiedergekommen, und zwar hatten sich nun auch beiderseitige Krämpfe und heftige Aufregungen hinzugesellt. Bromnatrium und Bromzink (letzteres 0,6 3mal täglich) brachten auch diesmal Heilung.

Hammond, welcher Anfangs an Simulation oder Hysterie gedacht hatte, ist nun der Ansicht, dass dieser Fall, wie 4 andere ähnliche, welche er beobachtete, eine eigenthümliche, von den Sehhügeln ausgehende, Art der Epilepsie darstelle. Er geht hiebei von der Ansicht aus, welche die meisten Physiologen bereits verlassen haben, dass die Sehhügel ein Sensorium commune darstellen, in denen die Empfindung zu Stande komme, während die geistige Verarbeitung derselben erst in der Hirnrinde stattfinde. Nachdem die obigen Kranken allerdings Hallucinationen haben, deren Subjectivität aber erkennen, so muss seiner Meinung nach die Hirnrinde als Vorstellungscentrum intact sein, während der Sehhügel als Centrum der Empfindungen jener Hirntheil ist, in welchem die krankhafte Ursache der Erscheinungen zu suchen ist.

Obersteiner (Wien).

---

162) **Russel**: The psychological aspect of alcoholism.

(The Alienist and Neurologist. Vol. II. Nr. 1. pag. 61 ff.)

R. will nur die Psychologie nicht die Pathologie des Rausches besprechen, giebt von vorneherein zu, dass eine stricte Grenze zwischen beiden sich nicht ziehen lässt. Der Grad der psychischen Veränderung des Trunkenen d. i. der „Psychologie des Rausches", hängt davon ab, wie der Trunkene früher dem Alcoholgenusse ergeben war. R. unterscheidet vier Gruppen von Trinkern: die Gelegenheits-, die Gewohnheitstrinker, die verkommenen Säufer (confirmed inebriate) und die Quartalsäufer (dipsomaniac). Die der letzten Gruppe angehörigen Trinker ist R. im Einklang mit Anderen geneigt, als psychisch Kranke anzusehen und glaubt für seine Auffassung die Thatsachen anführen zu dürfen, dass die Trunk-„Sucht" als solche sich vererbe, dass die aber vor Allem ein die Nachkommen belastendes Moment ist.

Die psychischen Symptome nach dem übermässigen Genusse von Alcohol, i. e. des Rausches sind dieselben, wie sie bei den verschiedenen Geisteskrankheiten beobachtet werden: Der eine ist traurig verstimmt, äussert Verfolgungsideen ja Selbstmordgedanken, ein anderer äussert blödsinnige Grössenideen wie ein Paralytiker, ein dritter zeigt das Wesen des Maniacus u. s. f.

Die Hauptwirkung des Alkohols auf die Psyche ist eine Lähmung des Willens und höherer moralischer und intellectueller Fähigkeiten, sowie eine Förderung niedriger und lasterhafter Neigungen.

Waehner (Creuzburg).

---

163) **Eugen Bleuler** und **Karl Lehmann** (Zürich): Zwangsmässige Lichtempfindungen durch Schall und verwandte Erscheinungen auf dem Gebiete der anderen Sinnesempfindungen.

(Leipzig 1881, 96 S.)

Im Herbste 1878 wurde cand. med. Lehmann gelegentlich eines Gespräches über Chemie durch die ganz barok klingende Aeusserung seines Collegen Bleuler: „*Die Ketone sind gelb, weil ein o darin ist*“ frappirt; auf Befragen stellte sich heraus, dass B. ebenso wie einige seiner Verwandten beim Anhören, ja schon bei der Vorstellung eines jeden Vokales, oder Lautes überhaupt gleichzeitig die Vorstellung einer bestimmten Farbe habe. Beide studirten nun gemeinsam und untersuchten eine grosse Anzahl Personen auf diese eigenthümliche Art der Mitempfindung. Eine einschlägige Arbeit aus dem Jahre 1873 von Nussbaumer, mit dem Ref. damals mehrfach über dieses Thema conferirt hat, wurde den Vf. erst ein Jahr später bekannt, sie scheint überhaupt zu wenig beachtet worden zu sein.

B. und L. fanden, dass ähnliche „*Secundärempfindungen*“, wie sie es nennen, viel häufiger vorkommen, als man denken sollte, sie entdeckten solche bei 76 unter 596 darnach ausgefragten Personen. Allerdings ist die Deutlichkeit mit der die Secundärempfindungen auftreten häufig nur sehr gering, so dass alle Uebergänge bis zum normalen Zustand zu finden sind. Ausser den bereits erwähnten Lichtvorstellungen bei allen möglichen durch das Ohr zugeleiteten Empfindungen („Schallphotismen“) fanden sich aber auch umgekehrt Schallvorstellungen bei Wahrnehmung durch das Gesicht („Lichtphonismen“), dann Farbenvorstellungen bei Geschmackswahrnehmungen („Geschmacksphotismen“), ebensolche bei Geruchswahrnehmungen („Geruchsphotismen“), ferner Farben- und Formvorstellungen bei Schmerz-, Wärme- und Tastempfindungen, sowie Farbenvorstellungen für Formen. Die Schallphotismen sind unter allen weitaus die häufigsten.

Die Vf. machten mit grosser Umsicht eine bedeutende Anzahl von Beobachtungen, bezugs der Details desselhen muss wohl auf die Originalarbeit verwiesen werden, an dieser Stelle mögen nur die allgemeinen Sätze wiedergegeben werden, die sie aus ihren Beobachtungen ableiten:

„1) *Helle Photismen werden erweckt durch*: hohe Schallqualitäten, starke Schmerzen, scharf begrenzte Tastempfindungen, kleine Formen. *Dunkle Photismen* durch das Umgekehrte.

2) *Hohe Phonismen werden erweckt durch:* helles Licht, scharfe Begrenzung, kleine Formen, spitze Formen. *Tiefe Phonismen* durch das Umgekehrte.

3) Photismen mit scharf begrenzten Formen, kleine Photismen, spitze Photismen werden erzeugt durch hohe Schallempfindungen.

4) Roth, gelb und braun sind häufige Photismenfarben; violett und grün sind selten, blau steht der Häufigkeit nach in der Mitte.

5) Durchgehende Uebereinstimmung der Einzelangaben verschiedener Personen kommt nicht vor.

6) Unangenehme primäre Empfindungen können angenehme Secundärempfindungen erwecken und umgekehrt.

7) Die Secundärempfindungen werden durch psychische Vorgänge kaum mehr beeinflusst als die primären Empfindungen, im übrigen sind sie unveränderlich.

8) Die Anlage zu Secundärempfindungen ist erblich.

9) Spuren der Secundärempfindungen sind sehr verbreitet. Ausgebildetere Secundärempfindungen konnten wir bei ein $^1/_8$ aller ausgefragten Personen constatiren.

10) Bei psychopathisch belasteten Personen finden sich Secundärempfindungen nicht häufiger als bei normalen."

Die Vf. schliessen sich keinem der Versuche, die gemacht wurden um die Secundärempfindungen zu erklären, an; doch scheint die in eine Anmerkung verwiesene Ansicht, dass es sich dabei um eine Art *Atavismus* handelt, am plausibelsten zu sein; denn in der Reihe der philogenetischen Entwicklungsstufen müssen sich Organismen befunden haben, die wohl schon Empfindung, aber noch nicht differenzirte Sinnesorgane besassen.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

164) **Hodgen and Connery:** Unilateral Gunshot wound of the Cerebrum, with equel of right carotid inter-cranial aneurism and left Hemiplegia.

(The Alienist and Neurologist. Vol. II. Nr. 1. pag. 80 ff.)

Der mitgetheilte interressante Fall betrifft einen 18jährigen Mann, der einen Pistolenschuss in die rechte Schläfe erhielt und erst 7 Wochen nach der Verwundung an wiederholten Blutungen aus der Wunde starb. Unmittelbar nach der Verwundung Coma dann vollständige linksseitige Hemiplegie, rapide Abmagerung, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit; Abweichen der hervorgestreckten Zunge nach unten links, Sprachstörung, rechtsseitige Mydriasis, linksseitige Myosis, Ptosis beider Lider, Entzündung und Prominenz erst des rechten, dann auch des linken Auges.

Die Section ergab eine Ansammlung dunklen flüssigen Bluts unter der Dura m., besonders um den vordern Theil der rechten Hemisphäre, in Verbindung stehend mit einer grossen von Blut erfüllten Höhle, die sich über den Ventrikeln befand und im mittleren Horn mit dem Seitenventrikel communicirte. Andererseits stand jene Höhle mit einem Aneurysma der Carotis in Verbindung, das sich am Keilbeinkörper befand, und in dessen Wand sich die Kugel fand.

Waehner (Creuzburg).

---

165) **Kiernan:** Contributions to psychiatry.

(The Journal of Nervous und Mental Disease New-York. New Ser. Vol. V. Nro. 4 pag. 631 ff.)

K. behandelt:

I. Die Mania transitoria.

II. (Die Contagiosität der Geisteskrankheiten) Folie à deux or folie communiquée.

III. Anwendung des Ergotins gegen die Krampfanfälle der allgemeinen Paralyse.

I. Mania transitoria:

Verf. erkennt den Begriff und die Schilderung der Mania trans., wie sie Krafft-Ebing und nach ihm Andere gegeben haben, als richtig an. Er selbst hat 2 Fälle beobachtet, die in Aetiologie, Verlauf und Symptomatologie genau dem von Krafft-Ebing geschilderten Krankheitsbilde entsprachen. Beide Male handelte es sich um ein erblich belastetes Individuum (1 M. und 1 W.), das nach vorausgegangener Schwächung der Körperkraft durch Fasten resp. Nachtwachen plötzlich erkrankte; beide Male bestand nach dem Anfalle vollkommene Amnesie. Nachdem K. die Einwände mancher Autoren gegen die Annahme der Mania tr. zu widerlegen versucht hat, kommt er zu folgenden Schlüssen:

1. Es existirt eine Psychose, die wir als Mania transitoria bezeichnen.

2. Sie ist eine durch kurze Dauer und heftigen Ausbruch charakterisirte Form der acuten Manie.

3. Sie befällt vorher gesunde Menschen, wiederholt sich selten und dauert selten länger als 6 Stunden.

4. Prodromalsymptome der M. tr. giebt es nicht, als Folge Erscheinungen könnte man eine Turgescenz der Hände und Schlafbedürfniss ansehen.

5. Erblichkeit und erregbares Temperament sind die prädisponirenden Ursachen.

6. Gelegenheits-Ursachen können sein: Excesse in Baccho, Sonnenstich, physische Erschöpfung, heftige Erregung, geistige Anstrengung.

7. Der Kranke kann im Anfalle einen Gewaltact begehen, von dem er nachher nichts weiss.

8. Die Krankheit entdeckt sich bald als solche.

9. Die Krankheit ist den epileptischen Psychosen analog.

10. Der Vorwand einer bestehenden Mania trans. ist vor Gericht oft gemissbraucht, und oft sind Fälle als zur Man. tr. gehörig bezeichnet, die nichts damit zu thun hatten.

II. Folie à deux or Folie communiquée.

Verf. versteht unter dieser Bezeichnung nicht sowohl die Production der gleichen Wahnvorstellung seitens zweier Individuen, als vielmehr das Annehmen, die Aneignung der Wahnvorstellung eines Kranken seitens eines anderen. K. hat verschiedene Beobachtungen die hierher gehören, gemacht und kommt zu dem Schlusse, dass diese Folie à deux recht häufig ist und dass, wie bei den Gesunden, der Producent der Vorstellung ein intelligenter chronisch Kranker („Maniacus") der Annehmende, Gläubige ein schwachsinniger Kranker ist.

III. The use of ergot in the treatement of the convulsions of general paresis.

Die Beobachtungen über die Wirkung des Ergotins erstreckten sich bei jedem Falle über Jahre und ergaben recht ermuthigende Resultate. Das Ergotin kann bei Paralytikern wegen der leicht eintretenden Abscedirung nur selten als hypoderm. Injection verwandt werden.

Verf. theilt die Krampfanfälle ein in: halbseitige, beiderseitige, abwechselnd rechts- oder linkseitige; die halbseitigen scheidet er in solche mit und solche ohne Hemiplegie; endlich bezeichnet er bei jeder Gruppe die Anfälle als apoplectiforme und epileptiforme. Auf die Anfälle jeder Art wirkte Ergotin günstig, die Anfälle traten seltener ein und dauerten kürzere Zeit; diese günstige Wirkung war am grössten bei den halbseitigen, weniger gross bei den abwechselnd rechts- oder linksseitigen, am geringsten, aber unverkennbar bei den beiderseitigen Anfällen.

Waehner (Creuzburg.)

---

166) **Hammond W.** (New-York): On obscure abscesses of the liver. (Ueber den Zusammenhang verborgener Leberabscesse mit Hypochonrie und anderen Geistesstörungen.)

(Neurological Contributions N. 3. New-York 1881.)

In 15 Fällen von verschiedenen, meist hypochondrischen, psychischen Störungen konnte Hammond Abscesse in der Leber, und, nach deren Entleerung, Heilung der Psychose constatiren. —

Er schliesst daraus, dass Leberabscesse, wenn sie sich auch oft kaum bemerkbar machen, häufiger sind als man meint, und mit psychischen Alterationen nicht selten in Causalnexus stehen, so dass er den Rath gibt, in allen Fällen von Hypochondrie oder Melancholie in der Lebergegend sorgfältig nach etwa vorhandener Fluctuation zu suchen. (Die äusserst zahlreichen Leichenöffnungen in den Irrenanstalten Europas sprechen doch entschieden gegen die Ansicht Hammond's Ref.) Ist das Vorhandensein eines Abcesses constatirt oder blos wahrscheinlich, so soll sobald als möglich eine Probepunction vorgenommen und, im Falle als sich Eiter zeigt, der Abcess durch Aspiration entleert werden. Selbst wenn die Annahme eines Leberabscesses sich als irrig erweist, würde durch diese Behandlungsmethode dem Kranken kein Schaden zugefügt werden (28 mal hatte H. die Punction ohne auf einen Abscess zu stossen, vorgenommen). (Vergl. Referat Nr. 134. d. J 1879. Red.)

Obersteiner (Wien).

---

167) **Georg M. Beard** (New-York): The Asylums of Europe.

(Boston med. and surg. Jour. Dec. 23. 1880.)

Der bekannte Neurologe B. aus New-York bereiste im Sommer 1880 Europa und suchte durch den Verkehr mit Fachgenossen, sowie durch den Besuch der Irrenanstalten sich über die Art der europäischen Irrenversorgung zu informiren. Er hält die Anstalten in Gross-Britanien für die besten und unter ihnen wieder die schottischen, jenen kommen nahe die deutschen, darauf folgen die französischen. Die staatliche Oberaufsicht ist in England am meisten ausgebildet, in America fehlt sie ganz. In den besseren europäischen Anstalten wird mechanischer Restraint sehr selten angewendet, die Kranken werden soweit als möglich zur Arbeit herangezogen. Er

fand, dass in den besten Anstalten die Kranken wie die Kinder einer Familie behandelt wurden. Bezugs der Anlage der Gebäude gefiel ihm das Cottage-System am besten.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien.)

---

168) **Schlangenhausen** (Hall): Beitrag zur Cusuistik der pseudaphasischen Verwirrtheit.

(Jahrb. f. Psych. 1880 p. 196—199.)

Eine dreissigjährige psychopathisch belastete Dienstmagd wurde nach einem heftigen Schreck geisteskrank. Sie war aufgeregt, unstät und wirr in ihrem Benehmen, sowie in ihren Reden. Auf Befragen gab sie Antworten, die wohl grammatikalisch ziemlich richtig construirt waren, ihrem Sinne nach, jedoch wenn sie überhaupt solchen hatten, mit der Frage kaum je in Zusammenhang zu bringen waren. Ihr vorgehaltene Gegenstände erkannte und benannte sie hingegen richtig. Fast 2 Jahre nach dem ersten Auftreten der Geistesstörung erlitt sie einen Ohnmachtsanfall auf den wirkliche typische Aphasie und verschiedene Paresen folgten. 17 Tage später kam ein zweiter Anfall, den nächsten Tag starb sie.

Die Section ergab ein schwarz braunes Blutgerinnsel über dem rechten Stirn und Schläfelappen, durch Compression anämisches Gehirn, fettig degenerirtes Herz etc. In den rigiden Stirnarterien konnte ein Thrombus nicht aufgefunden werden.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien.)

---

169) **W. C. Hills**: Accidental Scald, fallowed by Death on the Fourth Day. Ulcer of the Duodenum.

(Journ. of. ment. sc. 1881 p. 556—559.)

Ein 18jähriges Mädchen mit epileptischer Geistesstörung wurde durch einen unglücklichen Zufall gelegentlich eines Bades an den Nates, Schenkeln und Füssen verbrüht. Die Verletzung schien nicht sehr schwer zu sein, doch starb die Kranke schon am vierten Tag im Collaps. Bei der Section fand sich, dass ein frisches Duodenalgeschwür in die Bauchhöhle perforirt hatte. Dass Darmgeschwüre nach Verbrennungen entstehen können, wird mehrfach von den Autoren angegeben.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien.)

---

170) **J. W. Plaxton**: Notes of Cases in the Ceylon Lunatic Asylum.

(Journ. of ment. sc. Jan. 1881, p. 559—563.)

Vf. ist Director der Irrenanstalt in Ceylon, hat also, wenn irgend Jemand, ein Urtheil über die Art der dort vorkommenden Geisteskrankheiten. Er sagt, dass ihm seit seiner Ankunft am meisten der völlige Mangel von allgemeiner Paralyse aufgefallen sei; seitdem sind ihm 3 Fälle vorgekommen, die alle bald starben.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien.)

---

171) **Geo. H. Savage**: Cases of contagiousness of Delusions.

(Journ. of ment. sc. Jan. 1881. p. 563—566).

Der Vf. berichtet etwas ausführliches über einen Paralytiker, dessen Sohn, sowie selbst dessen Schwiegertochter an die Grössenideen des ersteren (betreffend immensen Grundbesitz etc.) fest glaubten. Ferner erzählt er von 2 Geisteskranken, die in demselben Krankenzimmer untergebracht waren, von denen die erste (ledig) einen der Anstaltsärzte für den Heiland hielt und sich für seine Braut, worauf nach einigen Monaten die zweite (verheirathet) denselben Arzt als den Erlöser titulirte und erklärte sie sei seine Frau. Vf. erwähnt ferner, den Fall eines Mädchens, das sich selbst Jesus nannte und dessen Vater gleichzeitig erklärte, er sei der Vater von Jesus, und einen andern in dem Nichte und Onkel dieselben Verfolgungsideen hatten. Krueg (Ober-Döbling bei Wien.)

172) **Geo. H. Savage**: Marked Amelioration in a General Paralytic following a very severe Carbuncle.

(Journ. of ment. sc. Jan. 1881 p. 566.—567.)

Bekanntlich kommt es öfters vor, dass bei Geisteskranken nach schweren fieberhaften, besonders nach schmerzhaften Krankheiten, der Geisteszustand gebessert wird, ja selbst Genesung eintritt; so dass man unwillkürlich an die jetzt obsoleten, heroischen Curen gemahnt wird. In dem erzählten Falle besserte sich der Geisteszustand eines *Paralytikers*, nachdem er an einem sehr schweren Carbunkel gelitten hatte, derart dass er entlassen werden konnte.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien.)

173) **Prichard Davies** (Maidstone): Chemical Restraint and Alcohol.

(Journ. of ment. sc. Jan. 1881. p. 526—530.)

Verf. ist der Ansicht, dass der mechanische Restraint früherer Jahre durch den chemischen, der jetzt hauptsächlich mittelst Bromkalium und Chloralhydrat ausgeübt werde, abgelöst wurde. Es sei fraglich ob die jetzige Methode weniger schlecht sei als die frühere, wahrscheinlich werde sie einmal ebenso verlassen werden müssen. Vorbedingung dazu sei nur die Abschaffung der Alcoholica als Genussmittel in Anstalten (am Continent wohl nicht erst nöthig). Das ist in der Anstalt, der Verf. vorsteht (Kent County Asylum, Barming Heath, über 1200 Kranke) ziemlich leicht durchführbar gewesen. Viel schwerer war es jedoch die gewohnten abendlichen Chloralgaben abzuschaffen, Wärter und Kranke wehrten sich dagegen, es ist auch nur dadurch gelungen, dass man dafür ein anderes ganz indifferentes Medicament gab. Es herrscht jetzt nicht mehr Unruhe in der Anstalt als vor der Durchführung dieser Massregeln.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien.)

174) **Mackenzie Bacon**: Trephining of the Skull in the case of a Lunatic nineteen months after the receept of a Blow on the Head, Complete Recovery.

(Journ. of ment. sc. Jan. 1881. p. 551—554.)

Einem 36jährigen Mann fiel ein Hammer aus einer Höhe von 6 Fuss auf den Kopf, ohne ihn schwer zu verletzen. Im Laufe der

nächsten Monate klagte er aber über Kälte im Kopf und am Rücken, Taubsein der Beine etc. Es wurde ihm immer schwieriger seine Aufmerksamkeit auf einen Punkt zu concentriren, er musste seine Arbeit aufgeben, machte Selbstmordversuche und kam in die Irrenanstalt. Dort war er leicht reizbar, beständig schlechten Humors, schlaflos, äusserst vergesslich, klagte beständig über Schmerzen im Kopf, Ohren und Kiefern. Die linke Pupille war erweitert, am linken Scheitelbein fand sich eine stark eingezogene Narbe. Man entschloss sich zur Trepanation 15 Monate nach der Verwundung. Es zeigte sich dass der Knochen nicht gebrochen war, doch wurde eine Scheibe von $^3/_4$ Zoll Durchmesser entfernt. Die Operationswunde heilte unter antiseptischem Verband äusserst rasch. Bald nach der Operation wurde der Kranke auffallend besser, ein Monat darnach ging er zur Arbeit, 2 Monate später wurde er auf Probe und nach einem weiteren Monat gänzlich gesund entlassen.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien.)

---

175) **Mackenzie Bacon**: Case of Acute Dementia in a Young Woman — Death from Phthisis two years later, without Mental Recovery. (Journ. of ment. sc. Jan. 1881. p. 554—556.)

Da die acute Dementia immer stark an hysterische Zustände erinnert, so ist man meist geneigt auf einen guten Ausgang zu hoffen, oft aber wird man enttäuscht. Im vorliegenden Fall war ein 23jähriges Mädchen, nachdem grosse Aufregung mit der Wahnvorstellung sie sei die Jungfrau Maria vorausgegangen war, in einen Zustand verfallen, in dem der passive Widerstand das am meisten charakteristische war. Sie blieb oft lange unbeweglich liegen, wollte nicht sprechen, nicht essen etc. Der Tod erfolgte 2 Jahre nach Beginn der Erkrankung unter den Symptomen der Lungengangraen. Die Section wurde verweigert.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien)

III. Feuilleton.

Das Händeauflegen als Heilmittel in früherer Zeit.

In unseren Tagen hat Hr. Hansen seine Kunstreisen durch Deutschland und Oesterreich gemacht, hat vor dem grossen Publikum und vor Aerzten seine Productionen aufgeführt, hat Anfangs Erstaunen und Aufsehen, dann Zweifel und Misstrauen erregt. Zuerst ist meines Wissens in Dresden im April 1879 von dem Herrn Prof. der Philosophie Dr. Fritz Schulzte, übrigens, wie mir bekannt, im Einverständniss mit Medicinern, mit Nachdruck der Schleier des Wunderbaren von diesen Hansen'schen Aufführungen gezogen und zugleich auf die in der Wissenschaft bereits lange bekannten Thatsachen und auf die Literatur des Hypnotismus hingewiesen. (Baird.) Diese Literatur ist darauf rasch zahlreich geworden. In diesen Blättern (Jahrg. 1880, Nro. 10, vom 15. Mai) sind bereits 15

Arbeiten, sämmtlich aus Anfang des Jahres 1880, bis auf die von Richet, verzeichnet. Dem Verfasser des Artikels in den Grenzboten (J. 1880, Nro. 17. 22. April S. 167 etc.) scheinen die Dresdener Vorgänge nicht bekannt zu sein, wenigstens erwähnt er sie nicht. Jetzt scheint die Sache, so schnell wie sie auftauchte, ebenso schnell wieder in das Dunkel der Vergessenheit fallen zu sollen. Da mag es nicht überflüssig sein an frühere Jahrhunderte zu erinnern und Schriften zu citiren, die einen Gegenstand behandeln, der mit diesen Manipulationen Hansens die grösste Aehnlichkeit hat, wenn auch in Rücksicht auf den Zweck ein wesentlicher Unterschied in die Augen springt, nämlich das Auflegen der Hände zur Heilung Kranker.

In einer alten Wittenberger Promotions-Schrift vom Jahre 1686 von M. Joh. Christ. Depenbrock de *χειροθεσία* steht (S. 15): (*χειροθεσία*) et a Christo atque Apostolis singulari et extraordinario modo peractus est, ut aegrotantibus et lecto affixis hoc signo pristina valetudo vestitueretur (Marc. 16, 28). — nec ultra Apostolorum aetatem duravit, et seculo tertio omnis fere *θαυματουργία* cessavit, ac terminata est, ut jam aevo Chrysostomi et Augustini manuum impositio, quae ad aegrotos spectabat, pro irrito atque mimica haberetur.

Im Jahre 1700 ward er von der Gröninger Universität durch den Prof. Joh. Braun der Bremer Prediger Franz Baring zum Dr. theol. promovirt. In dieser Promotions-Schrift, die den Titel de impositione manuum führt und über den Gebrauch des Händeauflegens als Zeichen der Weihe zu göttlichen Diensten handelt, heisst es*) (XI, S. 757): Erant dona Spiritus S. per impositionem manuum collata varia. Ritus *χειρεθεσίας* nonnumquam observatus fuit ad solamen sanationemque aegrotorum, quod et antiquissimis temporibus ante Chr. natum, obtinuit. Tempore Elisaei etc. — Tempore Redemptoris mundi J. Chr. ad sanandos miseros maxime adhibebatur. (Folgen Bibelstellen.) Chr. vererbt die Gabe seinen Jüngern (XII).

Heinrich Lampe, J. U. Dr. (dissertatio historico-juridica de honore et privilegiis, et juribus singularibus medicorum, Groningae 1736. 4. S. 308) behandelt 36 Jahre später das Thema seines Collegen Braun wieder und es heisst darüber bei ihm (S. 129, § 37): In prima vero Christi Ecclesia maximum medicis esse honnorem tanto minus mirum cuiquam videri poterit, quanto magis ex ipsis sacris paginis constat, plerasque ejus alvi curationes per miraculum factas esse, Dacmonum expulsio etc. Auch die Trepanation soll ja in späteren Zeiten gemacht sein um dem Teufel ein Loch zu machen zum Ausfahren.

Lampe zählt (48) vier und dreizig von den Päpsten wegen Heilungen durch Handauflegen unter die Heiligen versetzte Aerzte auf.

---

*) Johannis Braunii Selecta sacra Libr. quinque. (Prof. Groningae et Omlandiae academiae.) Amstelodami 4. S. 805. 1700. — Lib. Exercit. V. orat. V. de impositione manuum. —

Zu erwähnen sind ferner noch: Braunii, orat. in select. Sacris. p. 757. Depenbroeck: Dissertat. binae de *χειροθεσία*, et *χειροτονία* nec non curatio per oleum sanctum. — Bartholin. misc. med. morb. Biblic. c. 27, p. 122 seq. et J. A. Schmidii, Diss. de curatione morborum per oleum sanctum. (. . . medici in sanctorum ordinem cooptati sint — werden 33 aufgeführt — quorum omnium merita data opera expendit — Chr. Bened. Carpzow dissert. de medicis ab Ecclesia pro Sanctis habitis habe ich nicht auffinden können.

Das Angeführte zeigt genügend, dass frühere Zeiten mit diesem Gegenstande sich beschäftigten. Es ist aber sehr interessant aus Depenbrock's Mittheilung zu ersehen, dass die Entwicklung des menschlichen Geistes fasst 3 Jahrhunderte gebrauchte um die Sache als Gaukelei und Taschenspielerei zu erkennen und wiederum 5 × 3 Jahrhunderte um in unserer Zeit durch die Fortschritte der Physiologie, durch die erweiterte Kenntniss der Funktionen des Nervensystems, zu einem richtigeren Verständniss der Vorgänge zu gelangen, die wir jetzt weder als Wunder betrachten, noch als Gaukelei und Taschenspielerei verwerfen.

Der wesentliche Unterschied zwischen früher und jetzt ist darin zu suchen, dass man früher heilen wollte, dass aber Hansen, mag er nun an sich und seine besondere Kraft glauben oder nicht, die Sache als Erwerb benutzte. Ist es nicht erlaubt, willkürlich Jemand in einen krankhaften Zustand, in einen Epileptischen Anfall u. d. gl. zu versetzen, so hat der Staat ein Recht die Sache zu verbieten.

Jena, Januar 1881.

Dr. Julius Sponholz.
Santitäts-Rath.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; freie Station I. Classe, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 Mark. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 Mark freie Station. 3) Halle a. Saale, a. II. Volontärarzt, 1050 M. fr. Stat. b. Assistenzarzt an der psychiatr. Klinik, 8. Juni, 1500 Mark u. fr. Station. 4) Owinsk (Posen) a. II. Arzt 3000 Mark und freie Familienwohnung. b. Assistenzarzt, 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 5) Leubus, Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat. 6) Marsberg, a. Volontairarzt sofort, 600 Mark, fr. Stat.; b. Assistenzarzt, 1. März 1200 M., freie Station, für Beide Bedingung: kath. Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 7) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 Mark, fr. Stat. 8) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1200 M., fr. Stat. 9) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) Volontairarzt, sofort, 450 + 600 Mark, fr. Sat. 10) Grafenberg (Düsseldorf), Volontairarzt sofort; 600 M., fr. Stat. 11) Sonneberg (Thür.) Wasserheilanstalt, Assistenzarzt, März; 125 M. pro Monat, fr. Stat. 12) Grafenberg bei Düsseldorf (provincst. Irrenanstalt) II. Arzt und stellvertr. Director, 1. Juli, 3000 M., Familienwohnung, Garten, Heizung und Beleuchtung. Meldung an den Landesdirector Frhr. v. Landsberg in Düsseldorf. 13) Düren (provincst. Irrenanstalt) II. Arzt und stellvertretender Director, 1. October. Gehalt, Meldung etc. wie bei Grafenberg. 14) Kaiserswerth a. Rh., Privat-Irrenanstalt der Diaconissen. Dirigirender, verheir. Arzt, 3000

M., freie Wohnung. 15) Sorau (Brandenb. Land-Irrenanstalt), Assistenzarzt 1. Juni, 1500 Mark, möblirte Wohnung, freie Station I. Classe. Heizung. Beleuchtung und Arznei. 16) Dalldorf (Berlin) 2 Volontairärzte, baldigst, 600 M. freie Station. Meldungen bis 15. Mai an das Curatorium der Irrenanstalt der Stadt Berlin. 17) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Creutzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Krossen (Frankfurt a. O.), Königsberg i. Fr. (Coburg), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Minden (Minden), Münsterberg (Breslau), Osterode (Königsberg), Ragnit (Gumbinnen), Sensburg (Gumbinnen), Schönau (Liegitz), Stuhm (Marienwerder), Worbis (Erfurt), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Ehrenbezeugung. Kreisphysicus Dr. Drecker in Recklinghausen zum Sanitätsrath.

Ernannt. Dr. Scheider in Jauer zum Physicus des Kreises Samter.

Todesfälle. Santitätsrath Dr. Schneider, Kreisphysicus in Münsterberg. — Ober-Med.-Rath Dr. Mangold in Cassel.

V. Anzeigen.

Druckfehler.

Auf pag. 170, Zeile 27 soll es statt „Vorderstrang q u e r bündel" heissen: „Vorderstrang g r u n d bündel".

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.
Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. **15. Mai 1881.** **Nro. 10.**

INHALT.

I. Originalien.

Ein durch doppelseitige Ischiadicus-Dehnung geheilter Fall von Tabes dorsalis.

Von Dr. H. SCHÜSSLER in Bremen.

„Mehr Dinge giebt's im Himmel und auf Erden,
Als die Exacten jetzt sich träumen lassen."

H. D. Bauunternehmer aus B., verheirathet, Vater von 7 gesunden Kindern, ist, eine vor 25 Jahren überstandene Gonorrhoe ausgenommen, nie krank gewesen. Dreimal ist er vom Bau gefallen; im Jahre 1851 zehn Fuss hoch, 1856 25′ hoch, 1866 15′ hoch; jedesmal nahm Pat. nach wenigen Tagen im Vollbesitz seiner Gesundheit seine Beschäftigung wieder auf. Im Februar 1880 erlitt

D. in Folge Abgleitens vom Trottoir bei Glatteis eine Fractur der rechten Fibula. Als nach 5 Wochen das Bein aus dem Gyps genommen wird, fühlt Pat., dass das rechte Bein schwächer ist, als das linke. Er fällt einem schwedischen Heilkünstler in die Hände, der ihn massirt. Bald nach Beginn der Massage fühlt Pat. auch eine Schwäche im linken Bein, welches den Schweden veranlasst, das linke Bein ebenfalls zu massiren. Während dieser vom 15. Mai bis 15. Juli fortgesetzten Massage nehmen die Beschwerden des Pat. fortwährend zu. Pat. hat einmal einen Kellerraum, in den wenig Licht fällt, zu untersuchen; zu seinem Schrecken bemerkt er, dass er dabei schwankt. Wenn Pat. sich waschen oder ankleiden will, so muss er sich, um nicht umzufallen, an einen festen Gegenstand anlehnen. Ein „lähmendes Gefühl“ beschleicht seine Beine.

Im September stellen sich heftige Rückenschmerzen ein und bald darauf periodisch auftretende äusserst heftige „reissende“ Schmerzen in den Beinen, die für rheumatische angesehen werden; ausserdem sind die Vorderflächen beider Schienbeine hin und wieder so hyperaesthetisch, dass die leiseste Berührung derselben geradezu unerträglich ist. Im Dezember nimmt das Kältegefühl in den Beinen überhand; dicke wollene Unterbeinkleider werden mit Kaninchen- und Katzenfellen ausgelegt und Abends die Beine mit Spiritus eingerieben — Alles vergebens, die Beine werden nicht warm dabei und das Kältegefühl wächst. Der Gang wird jetzt immer unsicherer, beim Steigen der Treppe oder Leiter muss Pat. immer nachsehen, ob der Fuss auch richtig auf der Sprosse steht. Seit Ende Dezember lassen nun zwar die Rückenschmerzen und Beinschmerzen an In- und Extensität nach; dafür stellen sich aber Beschwerden beim Uriniren ein. Pat. kann zunächst schwer beginnen; es dauert lange Zeit, bis die Blase entleert ist. Im Januar 1881 fühlt Pat. nichts mehr von dem Füllungszustand seiner Blase. Er presst Morgens und Abends mit Hülfe der Bauchpresse den Harn aus der Blase; wenn er im Dunkeln urinirt, den Harnstrahl also nicht sieht, so passirt ihm regelmässig das Ereigniss, dass er sein Glied in die Hose steckt in dem Gedanken mit dem Uriniren jetzt fertig zu sein, um es sofort wieder herauszunehmen, weil er fühlt dass der Urin beim Bein herunterläuft. Es besteht Obstipation.

Zu allen diesen Beschwerden gesellt sich schliesslich noch eine wachsende Schwäche der Potenz.

Am 17. Febr. 1881 kommt Pat., ein kräftig gebauter Mann gestützt auf einen Stock in meine Sprechstunde. Er macht geradezu den Eindruck eines Betrunkenen; er schwankt hin und her und schleudert die Beine gewaltig. Bei Schluss der Augen droht Pat. zu fallen; er klagt über taubes Gefühl in den Fusssohlen und Schwäche in den Beinen. Vom Knie abwärts fühlt Pat. sich kühler an; Kitzeln der Fusssohlen wird nicht empfunden, ebensowenig das Berühren der Wadenmuskulatur; lege ich dem Pat. die Beine bei geschlossenen Augen übereinander, so weiss er die Lage derselben nicht anzugeben. Im Dunkeln kann Pat. nicht mehr gehen. Die Sehnenreflexe der Patellarsehne fehlen vollständig. Dagegen ist die Muskulatur noch kräftig entwickelt. Pat. vermag das gestreckte Bein

selbst bei starker Widerstandsbewegung am Fuss, sehr kräftig in die Höhe zu heben, das gehobene kräftig herabzudrücken, zu abduciren, und adduciren; ebenso bei starkem Widerstand den Fuss zu flectiren und extendiren. Die Sehkraft hat nicht gelitten; es besteht aber Pupillenstarre und rechts Parese des Oculomotorius. Puls 90—100. Die Zunge zittert.

Diagnose: Ohne nachweisbare Ursache rasch verlaufende Tabes lumbalis im Beginn des paralytischen Stadiums.

Therapie: Doppelseitige Dehnung des Ischiadicus.

Operation am 19. Feb.: Nachdem Pat. chloroformirt und auf den Bauch gelegt, wird unter streng antiseptischen Cautelen in folgender Weise vorgegangen. Zuerst wird der rechte Ischiadicus durch einen 14 Ctm. langen Schnitt an jener Stelle aufgesucht, wo der Biceps femoris sich unter den Glutaeus maximus schiebt. Haut und Fascie wird gespalten und der Glutaeus maximus mit einem stumpfen Haken nach oben gezogen. Nachdem der sehr starke Nerv aus der Tiefe herausgehoben und aus seiner gesunden Hülle befreit ist wird er mit den Fingern zunächst peripher so stark angezogen, dass der Fuss und die Zehen sich bewegen. Als ich dann central zog und absolut kein Gefühl des Nachgebens empfand, hob ich den Pat. an dem auf meinem Zeigefinger liegenden Nerv vom Operationstisch sanft in die Höhe. Die Herren Collegen Dr. Rohlfs und Dr. Grober, welche die grosse Güte hatten, zu assistiren, äusserten die Besorgniss, der Nerv möchte abreissen. Ich theilte diese Besorgniss nicht, weil ich noch kein Nachgeben verspürt hatte. Dies Gefühl kam erst, nachdem Pat. dreimal an seinem Nerv gehoben war. Nun war es genügend. Naht, Drainage, provisorischer Verband. Sofort wird jetzt der linke Ischiadicus in ganz derselben Weise behandelt, auch hier kommt erst das Gefühl des Nachgebens, nachdem Pat. dreimal vom Operationstisch abgehoben war. Typischer Lister'scher Verband nach Abnahme des provisorischen.

Nachdem Pat. aus dem Chloroform erwacht, fühlt er deutlich das leiseste Berühren der Fusssohle und der Wade; er giebt genau die Lage der Beine an, wenn sie kreuzweise bei geschlossenen Augen übereinander gelegt werden. Die Muskelkraft ist wenig oder gar nicht geschwächt. Am Abend klagt Pat. über periodisch auftretende heftige Schmerzen in der Wunde, freut sich aber über das angenehme Wärmegefühl in seinen Beinen. T. 37,2.

20. Febr. Die Nacht ist sehr unruhig gewesen; wenn Pat. glaubte, jetzt würde er endlich einschlafen, dann wurde er von heftigen „Schüssen" „Zuckungen", die durch den ganzen Körper fuhren, wieder wach. Die Schmerzen an der Wunde sind heute etwas geringer. Abendtemperatur 38,4.

Pat. hat seit der Operation noch keinen Urin gelassen, fühlt auch keinen Drang dazu, obgleich die Blase bis zum Nabel steht. Es werden 900 Ccm. abgenommen. Der Harn ist klar u. reagirt alkalisch.

21. Feb. Dieselbe unruhige Nacht, dieselben „Schüsse". Tempt. Morgens 38, Mittags 39,2, Abends 39 bei subjectiv gutem Wohlbefinden.

Der Urin wird täglich zweimal abgenommen. Im linken Bein spürt Pat. heute ein „lahmes“ „unruhiges“ Gefühl.

22. Febr. Die Nacht war besser, die „Schüsse“ seltener; dagegen aber periodische Schmerzen in der linken Ferse so störend, dass die Nachtwache das Bein häufiger umlegen musste. T. M. 37,4. Abd. 38,4.

24. Febr. Bei erstem Stuhl entleert Pat. heute Morgen selbstständig seinen Harn wie in gesunden Tagen.

Zur Entfernung der Drainage erster Verbandwechsel. Wunde ohne Reaction; kein Eiter; Pat. kann sich aus der Rückenlage selbst nicht aufrichten wegen angeblicher Schwäche im Rücken; er wird in die Knieellenbogenlage gesetzt in der er während des Verbandwechsels fortwährend so arg hin und her schwankt, dass er schliesslich festgehalten werden muss; er kann sich aber gerade halten, wenn er mit beiden Händen sich auf die Decke stützt.

25. Febr. Pat. hat im linken Bein das Gefühl, als ob es nicht ganz ausgestreckt läge, obgleich er sieht, dass es ausgestreckt liegt. Die Nachtwache wird ersucht das „vermeintlich“ ganz aufgezogene Bein doch völlig gestreckt hinzulegen.

26. Febr. Nachdem Pat. 2 Tage lang frei von allen Urinbeschwerden gewesen, tritt heute Incontinenz ein. Harn ammoniakalisch Ol. Tertbinth. gtt. X in capsul. gel. 3 $\times$ täglich 1 Kapsel; 2 mal täglich Catheter.

1. März. Verbandwechsel; Pat. kann sich selbst gut aufrichten. Entfernung der 28 Nähte. Wunde pr. int. geheilt. Carboleczem auf beiden Glutaeen; Vaseline.

4. März. Harn trübe. Ausspülung der Blase mit Thymollösung 1 pro Mille.

6. März. Harn klar. Beim Einführen des Catheters äussert Pat. heute Schmerzen am Blaseneingang, die gefolgt sind von unwillkürlichen Schwingungen der in Abduction und Flexion liegenden Kniee im Sinne der Adduction. Dieselben Schwingungen stellen sich ein wenn Pat. vorm Einführen des Catheters auf den Urin drängt.

7. März. Pat. hat eine schlechte Nacht gehabt. Die „Schüsse“ die „Schläge“, welche kurz vorm Einschlafen den ganzen Körper durchfuhren und den Pat. noch nie ganz verliessen, stellen sich heute auch am Tage ein, aber nur wenn Pat. einschlafen will. Abends heftiges Brennen unter den Fussohlen. Abends Morph. acet. 0,01.

8. März. Ruhige Nacht. Die Urinbeschwerden sind und bleiben von heute ab definitiv fort. Pat. verlässt das Bett. Er kann sich auf den Beinen nicht halten. Auf mich und meinen Wärter gestützt macht er die ersten Gehversuche, die sehr kümmerlich ausfallen. Das Schleudern der Beine ist nicht mehr da.

10. März. Die „Schüsse“ befallen nur noch die Beine.

12. März. Die „Schüsse“ sind fort; dafür aber das Gefühl, als ob die Beine, welche Pat. leicht im Knie flectirt liegen sieht, kräftig niedergedrückt würden. Dies Gefühl verschwindet allmälig nach 4 Tagen.

16. März. Vorm Einschlafen hat Pat. ein enormes Jucken in beiden Waden; nach heftigem Kratzen tritt ein auf die Waden

beschränkter starker Schweiss ein und dann schläft Pat. ruhig ein. Nach 5 Tagen war auch diese Störung verschwunden.

Ueber den weiteren Verlauf kann ich mich kurz fassen. Der Gang des Pat. besserte sich rasch, schon am 3. Tage ging Pat. allein am Stock über den Corridor. Das Schleudern war und blieb fort. Das Ermüdungsgefühl stellte sich aber in den ersten Wochen noch sehr bald ein und war in den ersten Tagen recht gross. Als Grund dafür muss ich eine Atrophie der Gesammtmuskulatur der beiden Beine ansprechen, welche erst nach dem Verlassen des Bettes in die Augen fiel und zu gross war, um die 17 tägige Bettruhe allein dafür zu beschuldigen. Abends stellten sich Oedeme beider Füsse ein. Ich begann vom 4. Tage an den Pat. zu massiren. Die Muskulatur erholte sich so rasch, wie es sonst bei der Massage, welche ich recht viel betreibe, nicht der Fall zu sein pflegt; beim Abgang aus der Klinik hatten die Muskeln ihr früheres Volumen wieder.

Mit der Kräftigung der Muskulatur aber schwand das Ermüdungsgefühl und ging Hand in Hand die zunehmende Sicherheit des Ganges.

Im Uebrigen bot der Verlauf nichts Bemerkenswerthes. Am 31. März wird Pat. mit folgendem Befund aus meiner Klinik entlassen:

Pat. fühlt die leiseste Berührung der Fusssohlen und der Wade; er localisirt leiseste Berührung mit der Nadel vollständig genau. Die Stellungen der Gelenke und Beine zu einander, die passiv vorgenommen werden, giebt Pat. bei geschlossenen Augen genau an.

Die Motilität ist ungestört; die Ataxie ist vollständig fort. Das Auge haftet nicht mehr am Boden. Das Schwanken bei geschlossenen Augen ist fast verschwunden. Pat. kann im Dunkeln gehen. Die Zunge wird ohne Zittern ausgestreckt. Von Seiten der Harnblase liegen keine Beschwerden mehr vor. Das Kniephänomen — das übrigens bei ganz gesunden Menschen fehlen kann — fehlt. Puls 80—90. Das Wärmegefühl in den Beinen ist vortrefflich.

Als Pat. zwei Tage zu Hause gewesen war, erfuhr ich zu meiner weiteren grössten Freude, dass die Potenzschwäche ebenfalls verschwunden war.

Befund am 3. Mai:

Auf meinen besondern Wunsch stellt sich Pat. der bisher seiner Beschäftigung wieder nachgegangen war heute noch einmal vor, um sich noch einmal einer gemeinsamen Untersuchung mit den Herren Doctoren Rohlfs, Grober, von Vaernewyk, zu unterziehen.

Es wird der Befund vom 31. März constatirt; Pat. giebt aber an, dass er von Woche zu Woche eine zunehmende Sicherheit in seinen Beinen bekommt, dass er z. B. sich ganz ungeniert zur Erde bücken kann, um etwas aufzuheben, was er bei seiner Entlassung noch nicht vermocht hätte. Er giebt ferner an, dass es jetzt häufiger vorkäme, dass er bei geschlossenen Augen nicht mehr schwanke. Pat. zieht vor unsern Augen freistehend seine Beinkleider an, ohne die geringste Unsicherheit. Das Kniephaenomen fehlt; von Schmerzen ist Pat. verschont geblieben.

Ich halte daher meinen Pat. für geheilt.

Der Fall giebt gewiss viel zu denken. Was zunächst die Diagnose angeht, so drängt, meine ich, Alles zu der Auffassung, dass hier wirklich ein centrales Leiden vorlag. Der Verlauf bot von dem typischen Bilde der Hinterstrangsclerose nichts Abweichendes wie der Langenbuch'sche und Esmarch'sche Fall; keiner dieser Fälle war vorgeschritten bis zur Blasenlähmung, bis zur Potenzschwäche. Auch der Operationseffect war ein abweichender. Wir wissen, dass nach ausgiebiger Dehnung eines sensiblen Nerven sein Gebiet gefühllos wird; nach ausgiebiger Dehnung eines motorischen Nerven folgt zunächst eine länger dauernde totale Paralyse. In dem Langenbuch'schen Falle (Berl. Kl. Woch. Nro. 48. 1879.) resultirte zunächst eine motorische und sensible Lähmung, wie das ja auch nicht anders zu erwarten war. Natürlich sagt Langenbuch, fand sich nach der Operation eine motorische und sensible Lähmung.

In meinem Falle trat aber unmittelbar nach der doch gewiss sehr intensiven Dehnung, welcher doch ceteris paribus eine viel grössere und länger dauernde sensible und motorische Lähmung hätte folgen müssen, keine oder doch jedenfalls sehr geringe Störung der Motilität ein und eine sofortige Wiederkehr der normalen Sensibilität. In dem Langenbuch'schen Falle schien der Nerv röthlich injicirt und etwas geschwollen; in meinem Fall war er gesund.

Die Vermuthung, dass tabetiforme Erscheinungen existiren könnten ohne nachweisbare materielle Veränderungen im Rückenmark, wurde post mortem durch die mikroskopische Untersuchung von Westphal bestätigt, dem Langenbuch das Rückenmark seines verstorbenen Pat. geschickt hatte; denn Weiteres kann man doch nicht schliessen; der negative Befund post mortem beweisst keineswegs ein normales Verhalten des Rückenmarks intra vitam, sondern doch nur, dass die Functionen desselben durch molekuläre der Beobachtung sich entziehende Veränderungen gelegentlich in gleicher Weise leiden können, wie durch die in anderen Fällen vorgefundenen gröberen Texturerkrankungen.

Ich erinnere hier an die Sectionsbefunde der akut aufsteigenden Paralyse von Landry, welche in neuerer Zeit sehr sorgfältig vorgenommen wurden von Vulpian, Cornil-Ranvier, Westphal u. A. und welche vollständig negativ ausfielen. Ich erinnere an die vollständig negativen Befunde bei Gelenkneurose, wegen der man schon — mirabile dictu — amputirte, exarticulirte, die Nerven durchschnitt.

Ich möchte daher den Esmarch'schen Fall — in welchem durch die Dehnung der Nerven in der Axselhöhle auch die Schmerzen in den Beinen sich verloren und auch die Ataxie — und den Langenbuch'schen Fall bezeichnen als — venia sit verbo — Spinal-Neurosen d. h. als Erkrankungen des Rückenmarks rein functioneller Natur, denen noch keine anatomische Veränderungen zum Grunde lagen, den Esmarch'schen ohne, den Langenbuch'schen mit Erkrankung peripherer Nerven.

Folgt nun diesen functionellen Störungen stets die anatomische Veränderung der Nervencentren? Wann folgt sie und unter welchen Bedingungen? Wie unterscheiden wir klinisch die functionellen Störungen von den anatomischen? Die Zukunft wird das noch zu klären haben.

Der Erlenmeyer'sche Fall (Centralbl. für Nervenheilkunde 1880. Nro. 21.) muss offenbar als graue Degeneration der Hinterstränge angesprochen werden. Der Fall interessirte mich sehr trotz des wenig aufmunternden Resultates; ich nahm mir vor, als ich ihn gelesen, gleich doppelseitig und so stark zu dehnen, dass die mechanische Wirkung bis in das Mark eindränge. Ich nehme an, dass meine Dehnung bis in das Mark selbst hineingewirkt hat; dafür scheinen mir die „Schüsse" die „Zuckungen" zu sprechen, welche 21 Tage lang kurz vorm Einschlafen den ganzen Körper durchfuhren. Der auffallende Schwund aber der Gesammtmuskulatur beider Beine, welcher nach der Massage so auffallend rasch wieder verschwand, lässt vermuthen, dass nach der Dehnung Processe degenerativer Natur in den Nervenfasern auftraten, denen sehr bald solche regenerativer Natur folgten. (S. Centrbl. für Nervenheilk. 1881. Nro. 2. Witkowsky.)

Es entsteht nun die Frage, ob wir Angesichts der Erfolge der Nervendehnungen bei Tabes — ich verweise noch auf die Fälle von Debove Centralbl. für Nervenheilk. 1881. Nro. 2 — noch überhaupt ein Recht haben den Tabikern, deren Leiden doch als ein exquisit chronisches, in der Regel unheilbares angesehen wird, die Nervendehnung zu widerrathen. Hat schon jemals *eine* Therapie bei der Tabes innerhalb solch kurzer Zeit solche Resultate gehabt? Die Zeit ist den Pat. doch auch etwas werth. Man wird einwenden: wir haben noch keine genügende wissenschaftliche Erklärung dafür, wie die Nervendehnung wirkt. Das ist ganz richtig; aber wir wissen, dass sie *hilft* und das genügt zunächst. Was wissen wir denn überhaupt viel von der Physiologie und Pathologie des Rückenmarks; die Nervendehnung lehrt uns ja, wie traurig das noch bestellt ist. Wir geben den Merkur bei Lues, das Chinin bei Intermittens. Haben wir denn eine genügende wissenschaftliche Erklärung dafür, wie diese Mittel wirken? Die „Exacten" geben diese Mittel doch auch, ohne erst die wissenschaftliche Erklärung abzuwarten. Und das ist auch nur gut, denn sonst würden wohl viele unserer leidenden Mitmenschen darüber zu Grunde gehen.

Ist denn die Operation gefährlich? In der Hand eines chirurgisch gebildeten Arztes, der strenger Antiseptiker ist, scheint mir die Operation nicht gefährlich. Wir kommen damit auf das „Wo" und das „Wie" der Operation.

Ueber das Wo ist man sich einig, nämlich so central als möglich; ich wähle die Vogt'sche Stelle, weil sie die geringste Verletzung verlangt, und doch central genug einwirken lassen kann.

Aber wie soll man dehnen? Man weiss, dass das „zu Wenig" erfoglos bleibt und das „Zu Viel" unberechenbaren Schaden bringen kann. Mit Recht wird daher oft die Frage aufgeworfen, wie stark soll man dehnen. Man sehnt sich nach einem Kraftmesser. Woher

ihn nehmen? Das Leichenexperiment ist selbstverständlich gar nicht zu verwerthen. Erlenmeyer schlägt vor, wenn man die Dehnung durch Schlingenbildung vorzöge, die Länge der Schlinge zu bestimmen und anzugeben, wie lange sie gehalten worden wäre, oder aber es sollten bei allen Nervendehnungen breite Bänder unter die Nerven gezogen und diese mit Gewichten belastet werden. Beides ist nach meinen Erfahrungen verfehlt und zwar aus dem Grunde, weil die Stärke und die Elasticitätsverhältnisse des Nerven, schon durch Geschlecht und Alter und den Grad der pathologischen Veränderungen beeinflusst, individuell ungemein verschieden sind.

Bei der Dehnung des Facialis (Berlin kl. Woch. Nro. 46. 1879) zog ich den Arterienhaken gleich bei der ersten Dehnung schon recht stark an, so dass ich die zweite und dritte stärkere Dehnung nur noch mit steigender Besorgniss folgen liess; hätte ich hier nicht an den fortbestehenden Zuckungen einen Maasstab für die anzuwendende Kraft gehabt, so würde ich wahrscheinlich kein Resultat gehabt haben. Ich war geradezu erstaunt über die Widerstandsfähigkeit dieses Facialis. (S. Dr. Bernhardt: Zur Pathologie und Therapie des Facialiskrampfes Zeitschrift für klinische Medicin Bd. III Heft 1.) Auf dem diesjährigen Chirurgen-Congress berichtete Neuber, dass nach einer Ischiadicus-Dehnung welche wegen einer alten Ischias unternommen wurde, eine Lähmung des Beines resultirte; wahrscheinlich doch durch Ueberdehnung. Ich selbst riss einem alten Herrn von 72 Jahren den dreigetheilten Supraorbitalis ab, schon beim leisen Anziehen des Arterienhakens; das Resultat war gut, die Neuralgie blieb fort. Bei der Dehnung des Occipitalis major (Berl. kl. Woch. Nro. 39. 1880.) zog ich eine solch lange Schlinge aus dem Neurilemm heraus, dass es noch besonderer Mühe bedurfte, sie bei Anlegung der Naht wegzustopfen. Bei einem alten Herrn von 69 Jahren zog ich den Cutaneus pedis externus ebenfalls bequem in eine Schlinge, die ich dann an einen Faden legte, um ev. den Nerv behufs einer Neurectomie leicht wieder haben zu können. Ich liess nach einigen Tagen die Neurectomie folgen. Das Resultat war von sehr kurzer Dauer; weder die Nervendehnung noch die Neurectomie hatte dauernd geholfen. Die Neuralgie hatte aber auch seit 30 Jahren allen Mitteln getrotzt.

Der Ischiadicus in dem Fall von Erlenmeyer war glatt, dünn, grau gefärbt, das Gefüge der einzelnen Bündel war gelockert. In meinem Fall war der Nerv dick, rund, nicht verfärbt und das Gefüge der einzelnen Bündel nicht gelockert. Eine Schlingenbildung wäre bei diesem Nerv nicht möglich gewesen; denn er lag trotz der gewiss enormen Dehnung keineswegs geschlängelt in der Wunde.

Wie stark sollen wir denn nun dehnen und was soll uns leiten?

Man muss dehnen bis zu dem Punkt, wo der elastische Widerstand aufhört und die Continuitätstrennung anfängt; leiten kann uns dabei nur das Gefühl.

Man soll daher langsam und allmälig anziehen, wieder nachlassen und wieder anziehen und so gleichsam die Elasticitätsgrenze herauszufinden suchen. Man soll bei der Dehnung grösserer Nervenstämme stets zuerst mit der peripheren Dehnung beginnen u. zwar

aus folgendem Grunde: Sieht man die im Nervengebiet liegende Haut, Muskeln, Gelenke, Zehen oder Finger sich bewegen, so hat man damit sicherlich die Elasticitätsgrenze erreicht und genügend gedehnt. Das Gefühl wird also hier noch durch das Gesicht controlirt. Auf diese Weise gewinne ich also ein genaueres Mass für die anzuwendende Kraft bei der centralen Dehnung; dieser Vortheil ist nicht zu unterschätzen, denn die Wirkung der centralen Dehnung entzieht sich doch zunächst dem Auge. Die peripher angewendete Kraft aber kann man, ohne zu schaden, ruhig central einwirken lassen. Fühlt man nun, wie in diesem Fall, keinen elastischen Widerstand, sondern einen starren, so muss eine Lockerung des centralen Endes unbedingt erzwungen werden, wenn man Erfolg haben will. Zu diesem Zweck ist es am einfachsten, den Nervenstamm ganz langsam, ganz vorsichtig nach und nach mit immer mehr Körpergewicht zu belasten, bis er nachgiebt.

Es ist nun meines Wissens dies der erste typische Fall einer schon bis zum Stad. paralytic. vorgeschrittenen Hinterstrangsclerose, in welchem in einer bisher noch nicht stattgehabten Weise — nämlich durch eine in einer Sitzung vorgenommene doppelseitige höchst intensive Ischiadicusdehnung — ein bisher noch nicht bekanntes Resultat, eine Heilung, erzielt wurde. Ich habe daher ein Recht diese Methode warm zu empfehlen.

II. Referate.

176) **v. Gudden** (München): Beitrag zur Kenntniss des Corpus mammillare und der sogenannten Schenkel des Fornix.

(Arch. für Psych. etc. XI. 2.)

Das Ergebniss der bezüglichen experimentellen und mikroskopischen Untersuchungen des Verf.'s ist folgendes:

Die Corp. mammillar. bestehen jederseits aus einem medialen und lateralen Ganglion und sind durch eine mehr oder weniger tiefe Furche von einander geschieden. Das mediale Ganglion ist das stärkere, seine Zellen stehen indess an Grösse denen des lateralen nach. Das mediale Ganglion wird vom lateralen durch eine Art peripherer Markkapsel getrennt, welche aus den Nervenfasern des Vic d'Azyr'schen und des Haubenbündels besteht. Das mediale Ganglion steht mit der entsprechenden Grosshirnhemisphäre in Beziehung. Atrophie resp. angeborene Verkümmerung der letzteren hat den nämlichen Vorgang in ersterem zu Folge, doch ist diese Atrophie im Corp. mammill. nur eine indirekte und zwar durch folgende Bahnen: Fortnahme der Grosshirnhemisphäre, Atrophie des zum *Tubercul. anterius* (Thalami optici) *gehenden Hemisphärenbündels*, Atrophie der bezüglichen *Nervenzellengruppe des Tubercul. anter.*, Atrophie des *Vic d'Azyr'schen Bündels*, Atrophie des *medialen Ganglion* des Corp. mammill. Mit lezterem atrophirt auch dessen *Haubenbündel*. Das erhaltene Gangl. medial. schiebt sich nach der Seite des atrophischen hinüber. Exstirpation einer Hemisphäre mit dem Thalamus, aber ohne das

Corp. striat., bringt das Vic d'Azyr'sche Bündel, das mediale Ganglion und das Haubenbündel noch nicht zu vollständigem Schwund; ist der Streifenhügel aber mit entfernt, so scheinen diese Theile beinahe total unterzugehen. Dies lässt vermuthen, dass das Vic d'Azyr'sche Bündel ausser von Ganglienzellen des Tubercul. anter. auch von Ganglienzellen des Corp. striat. Faserzüge erhält.

Das laterale Ganglion des Corp. mammillare steht in Verbindung mit einem zwischen Meynert'schem Bündel und Hirnschenkelfuss verlaufenden Nervenfaserbündel, welches Pedunculus corp. mammill. genannt wird. Dieser Pedunculus legt sich dem medialen Rande des Hirnschenkelfusses an und verläuft mit ihm zur Brücke, wird hier aber durch die Fasern der sogen. Reichert'schen Schleife so sehr verdeckt, dass es bis jetzt noch nicht gelungen ist, experimentell einen Zusammenhang zwischen ihm und den übrigen Hirntheilen nachzuweisen. *Jedenfalls atrophirt das laterale Ganglion* bei Atrophie resp. Exstirpation einer Gehirnhemisphäre *durchaus nicht.* Dicht vor seinem Eintritt in die Brücke wird der Peduncul. corp. mammill. übrigens von den Fasern des N. Oculomotor. durchsetzt und gekreuzt, ohne jedoch mit diesem Nerv in Beziehung zu treten.

Die Columna fornicis entspringt mit 3 Wurzeln resp. Faserbündeln: 1. das untere (die sogen. aufsteigende Wurzel der Autoren), welches sich in der Commissura anter. mit dem der anderen Seite kreuzt; 2. das seitliche, welches sich nicht kreuzt und dünnere Markscheiden hat; 3. das obere, welches sich mit dem der anderen Seite kreuzt. Nur vom 2. Faserbündel ist der Ursprung annäherend sicher nachzuweisen. Dasselbe verläuft nämlich bis zur dorsalen Fläche des Thalam. und geht höchstwahrscheinlich in eine median vom Tract. opt. gelegene Zellengruppe des Thalam. über. Das 3. Faserbündel nimmt seinen Ursprung wahrscheinlich auch von Zellen des Thalamus. Die Taenia Thalami opt. steht mit dem Fornix in keiner Verbindung. Die Columna fornicis in ihrer Gesammtheit und das Vic d'Azyr'sche Bündel bilden jedenfalls keine Continuität. Dies könnte höchstens von dem 1. Faserbündel (dem unteren sich kreuzenden) der Fornixsäule und dem Vic d'Azyr'schen Bündel behauptet werden. Doch spricht hiergegen ein Experiment, wonach bei Aufhebung der Verbindung zwischen Ammonshorn und Fornixsäule und unter möglichster Schonung der ganzen übrigen Hemisphärentheile ein totaler Schwund der Fornixsäule eintritt, während das entsprechende Vic d'Azyr'sche Bündel vollständig seine Integrität bewahrt. Im Ganzen schwebt somit über dem Ursprung und der physiologischen Dignität des Fornix noch ein ziemliches Dunkel.

Reinhard (Dalldorf).

---

177) **Blaschko** (Berlin): Das Sehcentrum bei Fröschen.
(Inaug.-Diss.)

Die Frösche sehen mit dem Mittelhirn, während die Vögel, ebenso wie die Säugethiere, im Grosshirn das Centralorgan ihres Gesichtssinnes haben. Der ganze opticus zieht bei den Fröschen

sowohl, wie bei den Säugethieren nach dem Mittelhirn. Während bei den ersteren die Fasern in der grauen Rinde enden, haben bei den Vögeln die Corpora quadrigemina gar keine graue Rinde. Ihre Oberfläche besteht aus weissen Opticusfasern und es zieht ein Faserbündel von ihrer Grenze an den Hemisphärenstiel, verbreitet sich in der sogenannten strahligen Scheidenwand und endigt in der Gegend der Hirnoberfläche. Bei den Fröschen besteht eine solche Verbindung zwischen Mittelhirn und Grosshirn nicht.

D. M. W. (Horstmann).

---

178) **Litten** (Berlin): Zur Pathogenese der acuten Spinallähmung.

(Zeitschrift f. klin. Medicin II. Bd. 3. H.

Bei einer Person, welche wiederholt an Gelenkrheumatismus gelitten hatte und wiederum unter Fieber und gastrischen Beschwerden verbunden mit einem urticariaartigen Exanthem und mässigen Gelenkschmerzen erkrankt war, entwickelte sich plötzlich eine Lähmung beider Beine, zu der sich in kurzer Zeit eine ebenso vollständige Lähmung der Oberextremitäten gesellte. Störungen der Sensibilität, der Reflexerregbarkeit und des electrischen Verhaltens wurden nicht beobachtet. Die Lähmungserscheinungen gingen nach drei Tagen vollständig zurück, während zu gleicher Zeit die Gelenkschmerzen zunahmen und Pleura und Pericardium entzündlich afficirt wurden. Unter Gebrauch von Salicylsäure (stündlich 0,5) erfolgte vollständige Heilung.

Verf. glaubt den mitgetheilten Fall als eine temporäre Form der spinalen Lähmung bezeichnen zu müssen und erblikt zwischen ihr und der begleitenden Polyarthritis einen causalen Zusammenhang, zumal die Spinalaffection unter dem Gebrauche der Salicylsäure sofort rückgängig wurde. Als anatomische Läsion erscheint eine Entzündung der grauen Substanz der Vordersäulen wahrscheinlich, während eine Meningitis spinalis mit Rücksicht auf das Fehlen von Symptomen die für dieselbe charakteristisch sind, auszuschliessen ist.

Da Verf. noch einen zweiten Fall ähnlich dem angeführten beobachtete, dessen Symptome ebenfalls nach Salicylgebrauch verschwanden, so empfiehlt er dringend bei jeder Poliomyelitis, zumal wenn dieselbe mit einer Polyarthritis in Beziehung zu bringen ist, die Anwendung der Salicylsäure.

Eickholt (Merzig.)

---

179) **Felix Marchand** (Breslau): Ueber zwei neue Fälle von Cysticercus racemosus des Gehirns.

(Bresl. ärztl. Zeitschrift 1881 N. 5.)

Bei dem 1. Falle handelte es sich um einen 34jährigen Arbeiter, der seit einem Jahre ungefähr über anhaltende Kopfschmerzen geklagt hatte; man hielt ihn für einen Simulanten, plötzlich verfiel er in Coma und starb. Die Section ergab ein interstitielles Emphysem der Lungen, eine dünnflüssige Beschaffenheit der ganzen Blut-

masse und an der Basis des Gehirns, an der Unterfläche des Pons, auf beide Seiten des Kleinhirns übergehend, sowie nach vorn über das Chiasma hinaus zahlreiche wasserklare Blasen, theilweise der stark verdickten Arachnoidea angehörig. Beide Carotiden, der Circulus arteriosus, die hier befindlichen Nervenwurzeln, der vordere Theil der arter. basilar. sind vollständig von dem verdickten Gewebe der Pia und der darin eingelagerten Cysten verdeckt. Letztere lassen sich leicht aus der Pia heraus ziehen, zeigen Ausbuchtungen, von denen kleinere Cysten ausgehen. Eine besonders grosse Blase erstreckt sich mehrere Ctm. weit in die l. Fossa Sylvii, eine zweite geht von ihrer Basis um den l. nerv. opticus herum u. erscheint vor d. Chiasma. Gehirnsubstanz in der Umgebung ohne Veränderung, nur die Unterfläche des Pons und der med. oblong. abgeplattet. In der grossen Längsspalte, dicht oberhalb d. Balkens, in der medial. Fläche der r. Hemisphäre befinden sich in Zerfall begriffene Blasen; zwischen den Nervenbündeln der caud. equin. ebenfalls noch zwei Blasen. Körpermuskeln frei von Cysticerken, Taenia nicht vorhanden. Der Mangel an Krankheitserscheinungen im Leben ist in dem fast gänzlichen Freibleiben der motor. Gebiete der Rinde zu suchen und nur die Symptome einer allmälichen Raumbeengung im Schädel traten in den Vordergrund.

Der 2. Fall betraf eine Wittwe von 46 Jahren, die vor ihrer Aufnahme häufiger an Ohnmachtsanfällen, Scheitelkopfschmerzen, Schlaflosigkeit gelitten. Am Tage vor der Aufnahme stürzt sie plötzlich hin. Es wurde constatirt: Gracile Person, hält bei Seitenlage den Kopf steif, klagt über grosse Schmerzen im Nacken und Rücken. Kopf, Arme, Beine passiv beweglich. Gang unsicher, l. Mundwinkel hängt etwas herab, linke Pupille erweitert. Athmung manchmal aussetzend. Apathisches Verhalten. Minutenlanger Stupor. Die l. Gesichtshälfte paretisch, fibrilläre Zuckungen der Mundmuskulatur beim Sprechen, bulbi prominent, Besserung durch Jod- und Bromkali, unterbrochen durch eine lobuläre Pneumonie; nach 5 Monaten schlafähnliche Benommenheit, starker Opisthotonus, keine Lähmungen. Tod in Folge einer erneuten lobulären Pneumonie. Section ausser dem pneumon. Befunde: Dura mater gespannt, in der Falx 4—5 Osteome, Oberfläche beider Hemisphären abgeplattet, Pia stellenweise getrübt. An der Basis scheinen die Subarachnoidealräume zwischen Schläfenlappen, dem Pons und dem Chiasma mit Flüssigkeit stark gefüllt, ausserdem treten Blasen über die Oberfläche vor. Ebensolche Blasen an der l. Fossa Sylvii. Nach Entfernung der Arachnoidea zeigen sich Hohlräume, mehr oder weniger tief in die Substanz des Gehirnes eindringend. Arachnoidea und Pia verdickt. Eine Höhle dringt in der Gegend der stubst. perf. ant. dex. in die Tiefe, nach vorn unter der Oberfläche in den Stirnlappen sich erstreckend. In der Gegend der l. subst. perfor. eröffnet sich ebenfalls eine umfangreiche in die Tiefe gehende Höhle. Damit hängen noch zwei zusammen, welche die l. Fossa Sylvii einnehmen u. nach aussen bis an den Rand des Stirnlappens reichen. Beide Seitenventrikel erweitert, enthalten 80 Kubikcentm. klarer Flüssigkeit. Die psychischen Symptome des Falles liesen eine Dement. paralyt. vermuthen. Die schnell auftre-

tenden und verschwindenden Ohnmachten, das bald schwächere, bald stärkere Vortreten der bulbi werden wohl auf Druckschwankungen in dem communicirenden System der Hohlräume zurückzuführen sein. In beiden Fällen keine erhaltenen Cysticerken im Gehirn, im ersten nicht einmal mehr Reste von Köpfen oder Haken, im letzteren ein gelber, verkalkter Körper, von der Beschaffenheit eines abgestorbenen Cysticerkus.

Goldstein (Aachen).

---

180) **Hughes Bennet**: A statistical inquiry into the action of the bromides in epilepsy (Statistische Untersuchungen über die Wirkung der Bromsalze bei Epilepsie).

(Edinburgh med. Journal, 1881 II.)

Die Untersuchung stützt sich auf 300 in den letzten 4 Jahren behandelte Fälle. Verf. gab Bromkali und Bromammonium zu gleichen Theilen in Quassiainfus und begann mit dreimal täglich 30 Gran, bei leerem Magen genommen. Wurde von der angegebenen Dosis keine Wirkung beobachtet, so stieg er um je 10 bis zu 80 Gran. Mit Ausnahme von drei Fällen blieb eine Wirkung dieser Gaben nie aus. In vier Tabellen wird eine Uebersicht der erzielten Erfolge bei 117 Kranken gegeben je nach der Zeitdauer der Behandlung (6 Monate bis 1 Jahr bis 2 Jahre, 3 und 4 Jahre). Das Allgemeinergebniss ist völliges Verschwinden der Anfälle während der Behandlung in 14 Fällen = 12,0%, Verminderung der Anfälle bei 97 = 83,3%; keinerlei Aenderung in 3 = 2,3% und Vermehrung der Anfälle ebenfalls in 3 Fällen.

Verf. kann bei seinen Erfolgen nicht verstehen, wie andere Autoren die Epilepsie für unheilbar ansehen können, wobei er besonders Nothnagel anführt. Er äussert die Ansicht, dass entweder die deutsche Methode der Behandlung nicht die richtige sein müsse, oder die deutsche Epilepsie ein schwieriger zu heilendes Leiden. Er glaubt sich nach seiner *vier*jährigen Erfahrung zu dem Ausspruche berechtigt, dass unter den chronischen Nervenleiden Epilepsie noch die am ehesten zu bessernde Krankheit sei.

Weitere Tabellen dienen zur Beantwortung der Fragen, ob der Erfolg der Brombehandlung beeinflusst wird 1) durch die Schwere der Krankheitserscheinungen, 2) durch die Erblichkeit, 3) durch das Alter der Patienten, 4) durch die Dauer der Krankheit vor der Behandlung, 5) durch Complicationen mit anderweitigen körperlichen Krankheiten. Die Antwort fällt durchwegs verneinend aus.

Bei 66% der behandelten Kranken traten keinerlei üble Nebenwirkungen ein, 28,5% zeigten Erscheinungen physischer Schwäche (Abgeschlagenheit, Muskelschwäche) doch nur leichteren Grades; bei 18,8% beobachtete Verf. psychische Schwäche, und bei 16,6% Bromrash, doch auch nur in beschränktem Maasse.

Karrer (Erlangen.)

---

181) **Hammond W.** (New-York): The therapeutical use of the magnet. (Die therapeutische Anwendung des Magneten.)

(Neurological Contributions 1881. 3. H.)

H. hat in 9 Fällen von *Chorea* die Wirkung des Magneten versucht und neben 7 negativen Erfolgen zweimal complete Heilung in „einigen Minuten“ erzielt.

In einem weiteren Falle, in dem es sich höchst wahrscheinlich um eine *Gehirnhaemorrhagie* handelte, kehrten Empfindung und Bewegung nach mehrstündiger Anwendung des Magneten wieder, in einem ähnlichen zweiten Falle, war die Sensibilität nach 3 Minuten hergestellt.

H. ist der Ansicht, dass es sich in allen diesen Fällen vielleicht auch in manchen Fällen von hysterischer Hemianaesthesie, um eine Läsion handelt, welche vorzugsweise die Sehhügel betrifft. Uebrigens lässt er es unentschieden, ob die rasche Heilung, sowohl in den beiden Fällen von Chorea, als auch in denen von Gehirnhaemorrhagie auf eine specifische Wirkung des Magneten, oder auf ein mehr zufälliges Zusammentreffen, oder endlich auf den psychischen Eindruck zurückzuführen ist, den die Application des Magneten auf den Kranken macht. — Obersteiner (Wien).

---

182) **Malécot**: Anesthésie reflexe.

(Progr. med. 1881. Nro. 13.)

M. stellte in der Sitzung vom 19. März 1881 der Soc. de biol. eine Kranke die nicht nervös beanlagt war, vor, bei der sich in Folge einer Verletzung in der regio axillaris eine Anästhesie der Schulter, des Oberarms und des oberen Drittels des Vorderarmes einstellte, welche auch nach Vernarbung der Wunde persistirte. Allmälige Heilung wurde erzielt durch die succesive Applicaton von Vesicatoren auf die anästhetischen Stellen bis zur Narbe hin.

Halbey (Bendorf).

---

183) **Leloir**: Lésions nerveuses dans le pemphigus.

(Progr. med. 1881. Nro. 3.)

L. fand in den Nerven, welche unter chronischen Pemphigusblasen lagen, atrophische Degeneration, Brüchigkeit des Myelins, Schwund der Achsencylinder und Vermehrung der Kerne der Scheide.

Halbey (Bendorf).

---

184) **Seifert** (Würzburg): Beitrag zur Pathologie und Therapie der Trigeminusneuralgien.

(Berl. Klin. Wochenschr. 1881. Nro. 11.)

In drei Fällen frischer Trigeminus-Neuralgie wurde durch $^1/_4$—$1^1/_2$ Minuten andauernde Compression der gleichseitigen Carotis sofortige, temporäre Beseitigung des Schmerzes, durch wiederholte Ausführung der Compression theilweise Heilung erzielt.

Verf. findet durch diese Wirkung die Ansicht Gerhardt's bestätigt, dass in den Fällen, in denen Carotiscompression den Schmerz unterbricht, chronische Hyperämie oder Entzündung des

Nervenstammes, seines Ganglions oder benachbarter Theile zu Grunde liegen dürften.

Im III. Falle trat eine Erscheinung zu Tage, welche bisher noch nicht beobachtet wurde: Veränderung der Tastempfindung während der Carotiscompression. Es zeigten sich namentlich die Tastkreise auf der kranken Seite um 1 Cm. erweitert (also 3 Cm.), während mit dem Nachlass der Compression sofort wieder bei 2 Cm. Abstand 2 Spitzen gefühlt wurden.

Bei der Compression der Carotis von gesunden Individuen wurde in keinem Falle eine solche Veränderung des Tastsinns erzeugt.

Verf. glaubt zur Erklärung dieser Gefühlsänderung vielleicht einen Leitungswiderstand annehmen zu können, der durch Unterbrechung oder Verminderung der Blutzufuhr zum Nerven in demselben geschaffen wird. Stenger (Dalldorf).

---

185) **Lannois** (Paris): Paralysie vasomotrice des extrémités ou Érythromélalgie.

(Paris 1880.)

Verf. schildert eingehend einen Fall, den er im Hospital Tenon in Paris beobachtet hat, berichtet ferner über 13 bisher in der Literatur vorliegende Fälle ähnlicher Art. Die Hauptsymptome sind, wie sie vor einigen Jahren Weir Mitchell veröffentlichte, schmerzhafte Anschwellung und Röthung der Haut in den Extremitäten, namentlich den Füssen, verbunden mit beträchtlicher Temperatursteigerung.

Als ätiologische Momente werden vorwiegend lokale Einflüsse, Erkältungen, Durchnässungen, Ueberanstrengungen erwähnt. Der Verlauf ist ein langsamer und wechselnder, zwei Genesungen sind beobachtet; von den Behandlungsmethoden scheint die Faradisation und lokale Hydrotherapie am meisten Einfluss zu äussern.

Verf. hält die Krankheit für eine Affection des vasomotorischen Nervensystems, für nahe verwandt mit der „localen Asphyxie“ und „symmetrischen Gangraen“ von Maurice Raynaud. Ob sie ihren Sitz in den nervösen Centren oder etwa in den peripheren Ganglien habe, lässt er unentschieden.

Stenger (Dalldorf).

---

186) **Oserezkowsky:** Fall von saltatorischem Reflexkrampf.

(Wratsch 1881. Nro. 13.)

Verf. führt in der Einleitung kurz die 6 bisher beobachteten Fälle von saltatorischem Reflexkrampf an (Bamberger 2 Fälle, Wiener med. Wochenschr. 1859 Nro. 4 u. 5), Guttmann 2 Fälle, Berlin. klin. Wochenschr. 1867 Nro. 14 und Arch. für Psych. VI. pag. 578, Frey 1 Fall, Arch. für Psych. VI. pag. 249. Gowers 1 Fall, Lancet 1877 T. II. 14. VII. u. 4. VIII.), betont die bis jetzt noch ungenügend bearbeitete Symptomatologie dieser Affection, welche noch keinen bestimmten Raum in der Nosologie gefunden hätte und beschreibt dann seinen eigenen Fall folgender Weise.

Am 15. November 1878 wurde der 27 jährige Gemeine des Narva'schen Regiments in das Moskauer Militärhospital aufgenommen. Körperconstitution gut, Fettpolster gut entwickelt, die Schleimhäute blass, zeigen eine eigenthümliche graue Verfärbung, wie sie nach langdauernder Intermittens vorkommt. Appetit schlecht, die Leber ragt $1^1/_2$ Querfinger breit unter dem Rippenbogen hervor, die Milz handbreit unter den Rippen palpabel, hart, empfindlich. Klage über Schlaflosigkeit, Schmerzen in Kopf, Wirbelsäule und Waden, Verstimmung. So wie der Kranke beim Versuche aufzustehen, den Fussboden mit den Sohlen berührt, treten klonische Krämpfe in den Muskeln der Ober- und Unterschenkel auf, wodurch der Kranke bald knixen, bald hüpfen muss. Die grössten Excursionen machen die Extremitäten in den Hüft- und Kniegelenken, während die Fesselgelenke weniger theilnehmen, so dass die Spitzen der Zehen während der Krämpfe den Boden nicht verlassen. Diese dauern während des Gehens fort, dabei ist der Rumpf nach vorne übergebeugt, die Schritte sind ungewöhnlich gross, die Fersen hoch gehoben, der Gang überhaupt mehr schwingend. Nach dem Gehen tritt eine grosse Müdigkeit, eine unangenehme Empfindung in den Beinen, beschleunigter Puls und Respiration und Röthung des Gesichtes ein; so wie der Kranke sich hinlegt oder setzt, hören die Krämpfe auf, erscheinen aber sofort, wenn die Sohlen den Boden berühren; die Krämpfe werden durch den Willensimpuls wenig verändert. Sie erstreckten sich nie über die Unterextremitäten hinaus, konnten weder durch passive noch durch active Bewegungen hervorgerufen werden, vorausgesetzt, dass der Kranke im Bette lag; ein Anstemmen der Beine an die Bettlehne rief auch keine Krämpfe hervor; die Sensibilität und Muskelkraft erhalten, die einzelnen Bewegungen werden regelrecht ausgeführt, auch sind weder Contracturen noch Atrophien zu bemerken.

Die *Anamnese* ergiebt, dass der Kranke im letzten Kriege an bösartiger Intermittens mit zeitweilig auftretenden Paroxysmen von längere Zeit dauerndem Bewusstseinsverluste gelitten hatte; die Krämpfe sollen direct an einen solchen Intermittensanfall sich angeschlossen haben.

Im weitern *Verlaufe* der Krankheit traten zeitweilig Schlaflosigkeit, Kopfschmerz und Spannungen in den Waden auf; in unregelmässigen Intervallen erschienen Anfälle von Intermittens. Die Krämpfe wurden nach 2—3 Wochen weniger intensiv, der Kranke hüpfte weniger und ermüdete nach dem Gehen nicht mehr in dem Grade, wie früher. Später erschienen die Krämpfe nur beim Gehen, das Stehen ging ohne Störungen vor sich, das Hüpfen wurde noch seltener; Ende Februar 1879 hörten die Krämpfe ganz auf. Das Allgemeinbefinden des Kranken hatte sich aber nicht gebessert, das Wechselfieber dauerte fort, es bildeten sich Oedeme und wurde Patient am 4. März auf ein Jahr behufs Wiederherstellung seiner Gesundheit in die Heimath entlassen.

Die *Therapie* bestand in Darreichung von Chinin, Arsen, Galvanisation des Rückens und Uebergiessung mit Wasser von 28°.

In der *Epikrise* schliesst sich O. der Ansicht Erb's (Krankheiten des Rückenmarks pag. 389) an, dass der saltatorische Reflexkrampf nur ein Symptom sei, leitet ihn aber von einer Erhöhung der Sehnenreflexe ab. Verf. scheint diese letzteren gar nicht geprüft zu haben, wenigstens geht nichts derartiges aus der recht oberflächlich mitgetheilten Beobachtung hervor; auch scheint er Erb nicht ganz richtig verstanden zu haben, da dieser es „mit einer eigenthümlichen, durch ausserordentlich gesteigerten Reflexerregbarkeit des R.-M. bedingten, vorwiegend auf gewisse Bahnen localisirten Krampfform" zu thun zu haben meint.

Hinze (St. Petersburg).

---

187) **Mann**: The nature and treatment of hysteria.

(The Alienist and Neurologist. Vol. I. Nr. 4. pag. 533 ff.)

Die (prädisponirende) Hauptursache der Hysterie sieht Verf. in dem heute gebräuchlichen System der körperlichen und geistigen Erziehung, das die erstere auf Kosten der letzteren vernachlässigt. Daraus resultirt eine zu geringe Widerstandsfähigkeit des Nervensystems; ein hinzutretender „schwächender" Reiz ist nun leicht im Stande, das Nervensystem in seinen Functionen zu stören und das Bild der Hysterie hervorzurufen. Bei Männern ist H. selten und dann eine Folge von geistigen Ueberanstrengungen, tiefen gemüthlichen Verstimmungen, Aufregungen oder Excessen.

Die H. characterisirt sich vor Allem durch eine Vermehrung der unwillkürlichen Bewegungen und einer Verminderung der Willenskraft. Aus dieser Störung lassen sich die meisten Erscheinungen der H., auch die partiellen Lähmungen der Motilität erklären. Von den Symptomen ist eins der ersten ein Zustand von Hyperästhesie oder erhöhter Empfindlichkeit der Sinne; weiterhin finden wir dann die verschiedensten bekannten Störungen in allen möglichen Organen; die Ernährung ist bald eine gute, bald eine schlechte.

Der hysterische Krampfanfall unterscheidet sich von dem epileptischen dadurch, dass das Bewusstsein nicht aufgehoben ist, oft von dem Pat. das Eintreten des Anfalls vorhergesagt wird, dass keine Verzerrungen des Gesichts eintreten; ferner unterscheidet sich jener von diesem durch das Fehlen der Pupillenerweiterung, der Zungenbisse, die Beweglichkeit der Augenlider, die Vorsicht im Fallen, endlich durch die eigenthümliche hysterische Aura.

Die Behandlung einer schweren H. erfordert zunächst die Entfernung des Pat. aus seinen alten Umgebungen. Dann muss versucht werden, das Allgemeinbefinden zu heben durch Entfernung der Krankheitsursachen und durch eine gute körperliche und geistige Diät. Von Medicamenten hat M. bewährt befunden: Camph. bromat., Acid. hydrobrom., Arsen. chlorophosph., Lithium bromat; bei Menstrualstörungen Fl. ext. Viburni prunifol., bei alten Entzündungen des Uterin- und Vaginalgewebes heisse Vaginaldouchen. Vor Allem empfielt Verf. mit Niemeyer die Anwendung des constanten Stromes.

Waehner (Creuzburg).

---

188) **Reinstaedter** (Cöln): Ueber weibliche Nervosität.

(Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge Nr. 188. Leipzig 1880.)

Der Verf. fast seine Ansichten in folgenden Sätzen zusammen:

1. Nicht alle Frauen, die an chronischen sexuellen Krankheiten leiden, werden nervös.

2. Bei vielen nervösen Frauen ist mit dem besten Willen kein gynäkologisches Leiden zu entdecken.

3. In der Mehrzahl der Fälle, wo ein solches bei nervösen Frauen vorhanden ist, kann die Nervosität demselben nicht — wenigstens *nicht allein* — zur Last gelegt werden, da eine genauere Nachfrage sehr oft ergibt, dass vor dem Auftreten der Genitalerkrankung schon nervöse Beschwerden bestanden haben, und da letzere auch nach Heilung der Genitalerkrankung durchaus nicht immer verschwinden.

4. Träten die sexuellen Krankheiten als Ursache der weiblichen Nervosität so sehr in den Vordergrund, so müssten die unbemittelten Stände ein grösseres Contingent Nervöser stellen, als die Bemittelten, während factisch doch das umgekehrte Verhältniss stattfindet.

5. *Die angeborene Anlage, die Lebensweise, die Erziehung und psychische Einflüsse (geistige Ueberanstrengung, Schrecken, Sorgen und Kummer) sind für die Entstehung der weiblichen Nervosität von viel grösserer Bedeutung, als die Erkrankungen der Generationsorgane.*

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

---

189) **A. Weibel** (Königsfelden): Zur Diagnose der epileptischen Aequivalente.

(Corr.-Bl. f. Schwz. Aerzte 1881. Nr. 7.)

Elise Sch. Näherin; 17 J. alt, väterl. u. mütterl. Seite belastet (Vater Potator, 2 Brüder des Vaters und 1 Schwester der Mutter geistesgestört), stets schwächlich und mit Kopfweh behaftet, soll im Mai 1877 eine Kopfverletzung durch das Herunterfallen eines Ziegelsteines erlitten haben, in Folge deren sie eine Zeit lang bewusstlos liegen geblieben und nachher mit häufigem Kopfweh behaftet gewesen sei. Zur gleichen Zeit Eintritt der ersten Menses die profus und lang andauernd waren. 2 Jahre vorher 2 Bisswunden am linken Bein durch einen gesunden Hund, aber ohne alle Folgen. *Am 9. Juli 1877* plötzl. psych. Erkrankung bei ihrer gewöhnlichen Arbeit; Wegwerfen derselben, Jammern über heftiges Kopfweh, mit beständigem Ausrufen: „Sie schlagen mich". — Von da an 3 tägige Verwirrung, unzusammenhängende Reden und gänzliche Nahrungsverweigerung.

Am 12. Juli Eintritt in die Anstalt. Vollkommene Benommenheit hyperaemischer Kopf mit erweiterten fast starren Pupillen, herabhängendem Unterkiefer; gänzliche Hautanaesthesie, stark herabgesetzte Reflexerregbarkeit; Puls und Temperatur normal.

Am 13. Juli. Eintritt der Menses und damit sofortiges Verschwinden aller Krankheits-Symptome; nur noch Klage über leichten Kopfschmerz; Complete Amnesie für Alles seit d. 9. Juli.

Die Untersuchung ergab jetzt: Gross und gut gewachsen aber noch wenig entwickelt; Intelligenz dem Alter und Stand entspre-

chend, normale Stimmung, ohne alle motorischen und sensiblen Störungen. —

Bis Neujahr 1878 Wiederholung dieser Anfälle *unabhängig* von den Menses, in Intervallen von 2—20 Tagen, meist mit kurzer Aura (Praecordialangst, Herzklopfen, Hyperaemie des Kopfes mit Schwindel). — Stets fast plötzlich eintretende Remission mit completer Amnesie und leichtem Kopfweh. Dauer der Anfälle 1 Std. bis 3 Tage; stets derselbe Typus: Stupor mit intercurrenten Reactionserscheinungen, Hallucinationen, ängstlichen Delirien, Verfolgungswahn; complete Anaesthesie der Haut. Meist bewegten sich die Delirien im Verkehr mit Gestorbenen. —

Am 9. Jan. 78 zum ersten Mal Vertretung der psychischen Anfall-Symptome durch leichte clonische Zuckungen der Gesichtsmusculatur und einzelner Finger, aber bei gänzlicher Aufhebung des Bewusstseins und nachfolgender totaler Amnesie.

Am 12. Jan. nach einer Untersuchung der beiden Bissnarben am Bein, wobei nur die untere bei starkem Druck schmerzhaft erschienen, heftiger mehrstündiger Anfall mit cumulirten Jactationen und wuthartigen Beissparoxysmen. Auch nach diesem Anfall gänzliche Amnesie und leichter Kopfschmerz.

Diese gleichen Anfälle wiederholten sich nun bis Mitte Sommer alle 8—14 Tage aus gar keinem ersichtlichen oder rein psychischen Ursachen; die Narben spielten gar keine Rolle mehr dabei. — Vom Sommer 78 bis Neujahr 79 Besserung durch Bromkali; in längeren Zwischräumen nur leichte motorische Reflexacte mit dem Character intendirter Bewegungen, gefolgt von completer oder partieller Amnesie. —

Vom Neujahr 79 an keine motorischen Symptome mehr; wieder Anfälle mit dem primären hallucinatorischen Character in leichter Form; im Sommer gänzliches Ausbleiben der Anfälle, die sich aber gegen den Herbst zu doch wieder einstellten und hie und da sogar mit den frühern Beissparoxysmen complicirt waren; im Winter auch ab und zu heftige psychomotorische Entladungen mit Selbstmordversuchen, Gewaltthätigkeiten und Zerstörungstrieb. Daneben eine Zeit lang bis zum Sommer, wo überhaupt Alles wieder gut wurde, starke Symptome von Hysterie in den freien Zwischenzeiten (extreme Lust- und Unlustgefühle, Launenhaftigkeit etc).

Im October, nach mehrmonatlicher gänzlicher Genesung, Wiederkehr der gleichen patholog. Erscheinungen in alter Form und alter Weise.

Dabei körperliche und sogar auch die geistige Entwicklung ganz normal fortschreitend. —

Nach einem kurzen historischen Exposé über die Ansichten der Autoren über die Epilepsie und ihrer m. w. reinen psychischen Aequivalente (Samt) entwickelt der Verf. aus einer epikritischen Verarbeitung des mitgetheilten, sehr interessanten Falle die Diagnose *Epilepsie* und schliesst die etwa noch mitconcurrirende Hysterie aus, indem er die wenigen als solche anzusprechenden Symptome (auf eine gewisse psychische Erschöpfung in Folge der vielen Attaquen Ref.) und auf Imitation der in der Anstalt zahlreich vertretenen anderweitigen Hysterie mit Recht zurückführt. —

Die Aetiologie des Falls bleibt ganz dunkel; die zuerst gemeldete Kopfverletzung durch einen Ziegelstein wurde nachher bei genauer Nachfrage als unmöglich eruirt und es war diese ganz ohne Zweifel sicher ein Anfall mit Bewusstlosigkeit, der aber sehr rasch wieder sich verlor. Auch die Hundebisse können nicht als Ursachen angesprochen werden; (allerdings der eigenthümliche Effect einer Untersuchung der schmerzhaften Bissnarbe am 12 Jan. 78 könnte einen gewissen Zusammenhang zwischen Bissnarbe und nachfolgenden zum ersten Mal auftretenden Beissparoxysmen vermuthen lassen; aber dieser Zusammenhang ist sicherlich nur ein interner, ein psychischer, auf dem Inhalt des die Untersuchung begleitenden Gespräches beruhender Ref.) Sury-Bienz (Basel).

---

190) **A. Leppmann** (Breslau): Ueber die sogenannten „Ueberbürdungspsychosen" bei Schülern höherer Lehranstalten.

(Bresl. ärztl. Zeitschr. 1881. Nro. 2 u. 3.)

Zweck vorliegenden Aufsatzes ist die Widerlegung der vom Medicinalrath Hasse aufgestellten, bekannten Sätze. Das Allerheiligenhospital in Breslau bot dazu geeignetes Material. Gleich die erste Frage nach dem häufigen Vorkommen von Psychosen bei Schülern höherer Lehranstalten wird verneint; da von 4200 aufgenommenen Kranken nur 4 resp. 5 von Schülern höherer Schulen sich befinden (von 1870 — 1880), und bei einer Frequenz der letzteren von durchschnittlich 5000, wovon 900 auf die obere Klasse kommen, kommt kaum alle 2 Jahre ein Fall, welcher der Anstaltspflege bedarf, vor. Die Gründe des Vorkommens überhaupt sind in erster Linie in der Heredität, dann in dem Geschlechtsleben zu suchen und schliesslich folgen die somatischen und psychischen Noxen. Die geistige Ueberanstrengung wirkt nur dann erst besonders schädlich, wenn das betroffene Individium durch andere schwerwiegende Schädlichkeiten zum Erkranken prädisponirt ist. So sehr auch der Vortrag von Hasse die Aufmerksamkeit auf das moderne Erziehungswesen in günstiger Weise erregt hat — Gründe dafür, dass die moderne Schule ihre Zöglinge mit geistiger Arbeit überbürdet, existiren ärztlicherseits nicht.

Goldstein (Aachen.)

---

191) **Hughes**: Moral insanity, depravity and „the hypothetical case".

(The Alienist and Neurologist. Vol. II. Nro. 1. pag. 13 ff.)

Verf. führt mit wenigen Worten aus, dass der Sachverständige oft genug in dem Verbrecher einen Geisteskranken entdecken wird; leider verhalten sich Laien und besonders Richter solchem Gutachten gegenüber sehr skeptisch, in Folge der öfters ausgesprochenen extremen Annahme, dass jeder Verbrecher nur psychisch krank sei. Besonders wirft H. den Juristen vor, dass sie sich von dem geistigen Leben des Verbrechers und von der Geisteskrankheit selbst ein eigenes Bild herstellen und nun von ihrem Standpunkte aus urtheilen. Bei den Fällen, wo die Frage vorliegt, ob Geisteskrank-

heit oder Verbrechen, sollte nur das Urtheil der Sachverständigen, hier in specie der psychiatrisch gebildeten Specialisten den Ausschlag geben; dann ist es aber erforderlich, dass der Sachverständige sein Urtheil aus der Untersuchung des Kranken und der That selbst, nicht aber aus beliebigen zusammengestellten und ihm zur Beurtheilung vorgelegten Thatsachen gewinnt.

Waehner (Creuzburg).

III. Verschiedene Mittheilungen.

---

192) Aus Italien. Lombroso *in Turin* und Garofalo, Kgl. Procurator in *Neapel* geben unter Mitwirkung von Aerzten und Juristen ein „*Archiv für Psychiatrie, criminelle Anthropologie und Staatswissenschaft*“ heraus, von welchem die beiden ersten Hefte (Turin und Rom bei H. Löscher) erschienen sind. Das Archiv soll einen internationalen Character haben und beschränkt sich keineswegs auf italienische Mitarbeiter. Von deutschen Namen sind aufgeführt: v. Holtzendorf in München, Fränkel in Bernburg, Kirchenheim in Breslau, Kornfeld in Wehlau, Benedikt in Wien, Schwarzer in Ofen, Lenhossek in Pest. Aus dem Inhalte der beiden Hefte sei folgendes erwähnt:

1. Toselli und Lombroso: Idengraphische Schrift bei einem Monomanen mit initialen Symptomen von Dementia (Eigenthümliche Bilderschrift eines an Grössenwahn Leidenden, in der lateinische Unzialen und Bildnisse von Gesichtern reihenweise abwechseln; die Deutung ist schwierig, ein gewisser Anklang an mexicanische und chinesische Bilderschrift unverkennbar).
2. Nocito und Lombroso: Krankheitsgeschichte eines an Grössenwahn und Alcoholismus Leidenden.
3. Lombroso: Ueber Claustrophobie und Claustrophilie.
4. Lombroso: Ueber das Pellagra in Friaul (3964 Pellagröse in 1878).
5. Benedikt: Ueber eine Fossula occipitalis mediana und den Wurm bei Verbrechern (bei 13 Verbrecherschädeln 4 mal gefunden).
6. Cougnet; Physiologie eines Betrügers.
7. Maxime du Camp und Lombroso: Ueber die Autographien von Troppmann.
8. Abatemarco: Ueber die Camorra in Neapel.
9. Lombroso: Wein und Verbrechen.
10. Lombroso: Ueber Verwandtenmord und Hysterismus.

193) Aus Berlin. Die Mendel'sche Privat-Irrenanstalt in Pankow, welche bisher von Dr. Rabow geleitet wurde, ist in den Besitz des Dr. Richter (früher II. Arzt in den provinc. Irrenanstalten Eichberg und Hildesheim) übergegangen, der die Direction seiner Anstalt am 1. d. M. übernommen hat.

IV. Einladungen.

I.

Die VI. Wander-Versammlung

der

Südwestdeutschen Neurologen und Irren-Aerzte

wird am **21.** und **22. Mai** in **Baden-Baden** (Blumensaal des Conversationshauses) abgehalten werden.

Die erste Sitzung beginnt am 21. Mai, Nachmittags 2 Uhr, die zweite am 22. Mai, Vormittags 9 Uhr.

Auf die erste Sitzung am 21. Mai folgt ein gemeinsames Essen im Conversationshause.

Die unterzeichneten Geschäftsführer laden hiemit zum Besuche der Versammlung ergebenst ein und bitten diejenigen Herren Collegen, welche derselbe beiwohnen wollen, um baldgefällige briefliche Mittheilung, insbesondere auch über ihre eventuelle Betheiligung an dem gemeinsamen Essen.

Bis jetzt sind folgende Vorträge angemeldet:

1. Geheimerath Prof. Dr. Friedreich (Heidelberg): Ueber Myoklonus multiplex (mit Demonstration).
2. Hofrath Prof. Dr. Becker (Heidelberg): Ueber die Entstehung der sympathischen Ophthalmie (mit Demonstration von Präparaten).
3. Prof. Dr. Fürstner (Heidelberg): Weitere Mittheilung über einseitige Bulbuszerstörung.
4. Prof. Dr. Fürstner und Dr. Zacher (Heidelberg): Ueber eine eigenthümliche Bildungsanomalie von Hirn und Rückenmark. Sekundäre Erkrankung beider Organe.
5. Prof. Dr. Jolly (Strassburg): Ueber Veränderungen des Körpergewichts nach epileptischen Anfällen.
6. Prof. Dr. Lichtheim (Bern): Thema noch unbestimmt.
7. Prof. Dr. Berlin (Stuttgart): Ueber die Analogieen zwischen der sogen. Erschütterung der Netzhaut und der Gehinerschütterung.
8. Prof. Dr. Moos (Heidelberg): Ueber combinirte Gehörs- und Gleichgewichtsstörungen, welche nach epidemischer Cerebrospinalmeningitis zurückbleiben.
9. Prof. Dr. Wiedersheim (Freiburg): Bemerkungen zur vergleichenden Anatomie des centralen Nervensystems, mit besonderer Berücksichtigung der drei niedersten Wirbelthierklassen.
10. Prof. Dr. Schultze (Heidelberg): Zur Lehre von der akuten aufsteigenden Paralyse.
11. Dr. Rumpf (Düsseldorf): 1. Ueber die Einwirkung der Lymphe auf die Centralorgane. 2. Ueber die Wirkung des faradischen Pinsels.
12. Dr. von Hoffmann (Baden): Klinische Mittheilungen: a. Ueber Nervendehnung am Kopfe; b. über Carotisunterbindung bei

Aneurysma der Carotis in der Gegend der Sella turcica (mit Demonstration des Falles).
13. Dr. Witkowski (Strassburg): Zur Kenntniss acuter Manien.
14. Dr. Tuczek (Marburg): Ueber die Einwirkung des Mutterkorn auf das Centralnervensystem (experimentelle und path. anatomische Untersuchungen).
15. Dr. Wurm (Teinach): Ueber thermotherapeutische Erfahrungen an Nervenkranken.
16. Dr. Engesser (Freiburg): Metalloskopische Beobachtung in einem Fall von traumatischer Paralyse.
17. Director Dr. Freusberg (Saargemünd): Ueber die lothringische Irrenanstalt zu Saargemünd.
18. Dr. Kast (Freiburg): Zur Lehre von der Neuritis.
19. Dr. Schwaab (Werneck): Ueber die geisteskranken Invaliden des Krieges 1870/71.

Die Geschäftsführer:

Prof. Dr. Ch. Bäumler. Freiburg i. B.

Dr. Fischer. Pforzheim.

Ende April 1881.

II.

Verein der deutschen Irrenärzte.

Die geehrten Herren Vereinsmitglieder werden hierdurch benachrichtigt, dass für die diesjährige Jahres-Versammlung

der 8. und 9. August in Frankfurt a. M.

in Aussicht genommen sind, und zugleich ergebenst gebeten, durch Vorträge über wissenschaftliche oder praktische Gegenstände aus dem Gebiete der Psychiatrie sich an der Versammlung selbst zu betheiligen und zu solchen auch in ihren Kreisen anzuregen.

Die Anmeldung von Vorträgen wird bis zum 20. Juni bei dem z. Vorsitzenden (Dr. W. Nasse, Bonn) erbeten.

Die Mittheilung der Tages-Ordnung wird im Juli erfolgen.

Apil 1881.

Der Vorstand des Vereins deutscher Irrenärzte.
Laehr, Nasse, von Rinecker, Westphal, Zinn.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; freie Station I. Classe, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 Mark. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 Mark freie Station. 3) Halle a. Saale, a. II. Volontärarzt, 1050 M. fr. Stat. b. Assistenzarzt an der psychiatr. Klinik, 8. Juni, 1500 Mark u. fr. Station. 4) Owinsk (Posen) a. II. Arzt 3000 Mark und freie Familienwohnung. b. Assistenzarzt, 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 5) Leubus, Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat. 6) Marsberg, a. Volontairarzt sofort, 600 Mark, fr. Stat.; b. Assistenzarzt, 1. März 1200 M., freie Station, für Beide Bedingung: kath. Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 7) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 Mark, fr. Stat. 8) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1200 M., fr. Stat. 9) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) Volontair-

arzt, sofort, 450 + 600 Mark, fr. Sat. 10) Grafenberg (Düsseldorf), Volontairarzt sofort; 600 Mark, freie Station. 11) Grafenberg bei Düsseldorf (provincst. Irrenanstalt) II. Arzt und stellvertr. Director, 1. Juli, 3000 Mark, Familienwohnung, Garten, Heizung und Beleuchtung. Meldung an den Landesdirector Frhr. v. Landsberg in Düsseldorf. 12) Düren (provincst. Irrenanstalt) II. Arzt und stellvertretender Director, 1. October. Gehalt, Meldung etc. wie bei Grafenberg. 13) Kaiserswerth a. Rh., Privat-Irrenanstalt der Diaconissen. Dirigirender, verheir. Arzt, 3000 M., freie Wohnung. 14) Sorau (Brandenb. Land-Irrenanstalt), Assistenzarzt 1. Juni, 1500 Mark, möblirte Wohnung, freie Station I. Classe. Heizung. Beleuchtung und Arznei. 15) Dalldorf (Berlin) 2 Volontairärzte, baldigst, 600 M. freie Station. Meldungen bis 15. Mai an das Curatorium der Irrenanstalt der Stadt Berlin. 16) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Creutzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Krossen (Frankfurt a. O.), Königsberg i. Fr. (Coburg), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Minden (Minden), Münsterberg (Breslau), Osterode (Königsberg), Ragnit (Gumbinnen), Sensburg (Gumbinnen), Schönau (Liegitz), Stuhm (Marienwerder), Worbis (Erfurt), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Besetzte Stelle, Die Assistenzarztstelle der Wasserheilanstalt Sonneberg in Thüringen ist durch Herrn Dr. Schmidt besetzt.

VI. Anzeigen.

VII. Correspondenz der Redaction.

Dr. Möbius: Ueber Ihren Brief vom 1. d. M. sehr gefreut; habe das opus noch nicht in Händen. Die Uebersetzung von Beard bitte ich zu besprechen. — Dr. Pierson: Ihren Wunsch nach sofortiger Erledigung werden wir s. Z. mit Vergnügen erfüllen. — Dr. Pollák: Eines der früher eingesandten Referate war zum Abdruck nicht geeignet; neue Sendung vom 30./4. erhalten. — Prof. Senator: Besten Dank. — Paris, rue Racine 1: Haben Sie jetzt alle Nummern? Was bedeutet Ihr Schweigen? — Dr. Seeligmüller: Clichés erledigt? — Dr. Landsberg: Bin noch immer ohne Bescheid auf meine Zusendung von L. in K.; haben Sie sich mit ihm direct in Verbindung gesetzt?

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.
Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. **1. Juni 1881.** **Nro. 11.**

INHALT.

I. Originalien.

Nervendehnung bei Tabes dorsalis.

Mitgetheilt von
Dr. G. FISCHER in Canstatt und Dr. FR. SCHWENINGER, Privatdoz. f. Chirurgie, zu München.

In Hinblick auf die bekannte neuere Literatur über *Nervendehnung* halten wir die Publication der nachfolgenden Krankengeschichte nicht nur für berechtigt, sondern auch für geboten. Wir sehen in derselben die Symptome einer ausgesprochenen Hinterstrangsklerose durch die genannte Operation wesentlich gebessert. Unserer Ansicht nach wird die ganze Frage über den Werth der Operation erst zu discutiren sein, wenn das genügende, gut beobachtete Material vorliegt. Unser Fall, welcher der sehr berechtigten Anforde-

rung Westphals[1]) entsprechend von einem Chirurgen und einem Neuropathologen beobachtet wurde, möge dazu einen kleinen Beitrag liefern. Theoretische Erörterungen über die bei der Operation maassgebenden physiologischen Vorgänge halten wir für verfrüht.

Joseph Geiger[2]) 36 J. alt, Optiker und Steingraveur zugegangen 1. Jan. 1879.

Keine Heredität, keine Lues. Als Kind *scrophulös*, im 12. Lebensjahre *Typhus*. Vor 8 Jahren intensive *Verkältung* bei einer Bergparthie. Von da an Beginn des Leidens mit *Schwäche* in den Beinen; hie und da auftretende *lancinirende Schmerzen*. Seit kurzer Zeit leichte *Incontinent. urinae*, *Gürtelgefühl*, *Formicationen* in den Beinen und im Ulnarisgebiet, sich rasch steigernde *Ataxie*, zunehmende Unsicherheit beim Schliessen der Augen, plötzliche *Veränderung der Accomodationskraft*.

Untersuchung ergiebt: Bedeutende *Coordinationsstörung*, Brach-Romberg'sches *Symptom* in exquisiter Form, *schlaffe Muskulatur*, bedeutende objektiv nachweisbare *Störungen der* taktilen *Sensibilität*, starke *Verlangsamung der Schmerzleitung*, (bei einer späteren Untersuchung Remak'sche *Doppelempfindung)* Abnormitäten der Hautreflexe, *Fehlen der Patellarreflexe*, leichte *Ataxie der Oberextremitäten*, *Erweiterung der Tastkreise an den Fingern*, Mittelweite *schwach reagirende Pupillen*, *Accomodationsstörung* (Früher Myop, ist plötzlich Emmetrop geworden[3]).

Nach fast einjähriger hydrotherapeutischer und galvanischer Behandlung (unter Leitung des Einen von uns in der Heilanstalt *Maxbrunn* in München) wurde eine nicht unbedeutende Besserung erzielt. Patient konnte wieder mit geschlossenen Augen stehen, die lancinirenden Schmerzen waren seltener, die allgemeine Ernährung hob sich.

Der Kranke wurde jedoch — unfähig, mit seinen ataktischen Händen die feinen Arbeiten seines Berufes auszuführen — in finanzielle Schwierigkeiten verwickelt, musste das Geschäft aufgeben und lebt seitdem in kümmerlichen Verhältnissen. Unter diesen Einflüssen verschlimmerte sich auch sein körperlicher Zustand wieder, die lancinirenden Schmerzen wurden ausserordentlich heftig, die Blasenschwäche nahm überhand.

Im Januar 1881 entschlossen wir uns, einen Versuch mit der Nervendehnung zu machen. Der Patient. welchem alle möglichen Consequenzen der Operation bekannt waren, gab seine Einwilligung mit Freuden. Da an der linken Unterextremität in letzter Zeit paretische Erscheinungen aufgetreten waren, hielten wir es für zweckmässig, vorläufig den linken Ischiadicus zu dehnen. Die Operation wurde auf der Abtheilung des Einen von uns im städt. Krankenhaus r. Isar. vorgenommen.

Als Vorbereitung zur Operation wurde bereits Tags zuvor das Operationsfeld mit Seifengeist gereinigt, abrasirt, mit in Carbolsäure

---

[1]) Westphal Berl. klin. Wochschr. 1881 Nro. 8.

[2]) vid. auch D. Arch. f. klin. Med. XXVI. p. 110.

[3]) Müller (Graz) Mitth. d. Ver. d. Aerzte in Steyermark für das Vereinsjahr 1880.

($2^1/_2$ %) getauchtem Lint und darüber mit Guttaperchapapier bedeckt.

Operation 19. Jan. 1881. DerPatient in Rückenlage chloroformirt wird bei Beginn des Toleranzstadiums auf den Bauch gelegt. Im Wesentlichen wird nun der linke N. ischiadicus nach der von V o g t angegebenen Methode blosgelegt. Der Schnitt beginnt genau in der Mitte zwischen Tub. ischii und Trochanter und wird ungefähr 12 cm. nach abwärts geführt in einer Linie, welche bei ihrer Verlängerung die Kniekehle in ihrer Mitte schneidet. Nach Durchtrennung der Haut wird in gleicher Länge die Fascie durchschnitten, so dass im oberen Wundwinkel gerade der untere Rand des M. glutaeus max. zu sehen ist. Wenn Haut und Fascie in der angegebenen Weise durchtrennt sind, unterliegt die Bloslegung des Nerven durchaus keinerlei Schwierigkeit. Der M biceps ist deutlich in der Wunde erkennbar, und an seiner äussern Seite der dicke Nervenstrang leicht zu finden. Ohne Beihilfe des Messers kann der Nerv von dem ihn umgebenden Bindegewebe frei gemacht und blosgelegt werden. — Die Dehnung des Nerven wurde in der Weise vorbereitet, dass derselbe in der ganzen Länge der Wunde vom umhüllenden Bindegewebe frei und dadurch beweglich gemacht wurde. Hierauf hob der rechte Zeigefinger den Nerven möglichst aus der Wunde heraus und zog ihn in centrifugaler und centripetaler Richtung, bis es dadurch gelang ihn in eine halbe 8er-Tour zu schlingen[1]). In dieser Lage wurde der Nerv zweimal nacheinander, jedesmal eine halbe Minute lang erhalten, dann in seine ursprüngliche Lage zurückgebracht und die ganze Wunde mit Schwämmen ausgetrocknet.

Die Blutung während der Operation war eine minimale. Bevor die Wunde geschlossen wurde, verfolgten wir den Nerven noch bis zur Incissura isch ohne etwas Abnormes an ihm wahrzunehmen. Hierauf wird ein Drainagerohr von 7 mm. Lumen und 2 mm. Wanddicke möglichst hoch hinaufgeführt, paralell mit der Wunde eingelegt und diese darüber mit Knopfnäthen aus Catgut möglichst sorgfältig geschlossen. Verband mit locker aufgelegter Gaze etc. streng nach L i s t e r.

In der Nacht nach der Operation klagt Pat. über allgemeine Schmerzen in der operirten Extremität. Morph. 0,01.

21. I. Verbandwechsel. Durchtränkung des Verbandes mit Urin wenigstens in seinen oberflächlichen Schichten (Incontin. urin!)

23. I. ebenso. Wunde ist zwar oberflächlich verklebt, jedoch sind einige Nähte ausgerissen (die Wundränder auffallend morsch und brüchig) so dass man sich entschloss neue Näthe anzulegen, was ohne die geringste Schmerzensäusserung von Seite des Patienten geschah (Analgesie). So wurde zwar keine prima reunio erzielt, aber doch erreicht, dass sich die Wundränder nicht weiter voneinander entfernten, wozu entschiedene Neigung vorhanden war.

25. u. 26. I. Verbandwechsel. Wunde klafft 2—3 cm. breit.

31. I. Verbandswechsel. Schöne Granulationen.

6. II. Die ganze Wunde ist mit Granulationen angefüllt. —

---

1) vid. E r l e n m e y e r: d. Centralbl. 1880. p. 441.

Von da an Verband mit Heftpflasterstreifen und Borlint. Tägliche Bäder.

16. II. Patient wird mit einer oberflächlich granulirenden Wunde, die sich rasch vollständig vernarbte, entlassen, nachdem er bereits einige Tage mit gutem Erfolge Gehversuche gemacht hatte.

Die Temperaturen zeigten vom Tag der Operation bis zum 7. Febr. Tagesschwankungen von wechselnder Breite. Abendtemperatur in maximo: 39,0 in der Achsel. Vom 7. Febr. an ist Pat. fieberfrei.

Es wäre interessant gewesen, gleich nach der Operation zu untersuchen, ob dieselbe auf die nervösen Functionen einen bessernden Einfluss geübt habe oder nicht, diese Untersuchungen dann während der Wundheilung häufiger zu wiederholen und so ein Bild über den Ablauf der etwa zu constatirenden Erscheinungen zu gewinnen. Die Absicht, in der genannten Weise die Verhältnisse nach der Operation zu controliren, scheiterte indessen an praktischen Schwierigkeiten. Die ersten Beobachtungen mussten sich natürlich auf die Sensibilität, die Hautreflexe, die subjektiven Symptome beschränken, da eine Untersuchung der motorischen Functionen wegen Bettlage und Verband nicht möglich war. Das kranke Bein war durch den Verband leicht cyanotisch geworden, man konnte also nicht auf normale Sensibilitätsvorgänge rechnen. Die Sensibilität und namentlich die Schnelligkeit der Leitung schien indessen bei einigen Versuchen gebessert. *Die Hautreflexe waren an dem operirten Bein constant verstärkt.* Während der Wundheilung bestanden anfangs hie und da Schmerzen in der Wunde und im Ischiadicusgebiet. Dieselben wurden aber ausdrücklich differenzirt von den typischen lancinirenden Schmerzen, und während die letzteren vor der Operation fast täglich den Kranken gequält hatten, *fehlten sie vom Tage der Operation an vollständig.*

Am besten können wir uns ein Urtheil über den Einfluss der Operation auf die verschiedenen Innervationsstörungen verschaffen, wenn wir den direkt vor der Operation aufgenommenen Befund mit einem solchen vergleichen, der constatirt wurde, nachdem Pat. das Bett wieder verlassen und mehrere Tage keinen Verband getragen hatte. Die folgende Tabelle enthält vergleichende Daten über die beiden Befunde:

18. Januar 1881.	21. Februar 1881.
Leichtes *Schwanken* beim Gehen. *Lidzittern* bei geschlossenen Augen.	Entschiedene *Besserung* des *Ganges*, der *Haltung* und des *Lidzitterns* bei geschlossenen Augen.
Gang bei geschlossenen Augen relativ gut. Patient fällt nicht mehr.	
Lancinirende Schmerzen sehr intensiv, periodisch auftretend, meist in den Unterextremitäten.	*Fehlen seit der Operation vollständig.* (Auch heute noch! 15. Mai.)
Gefühl des Bodens schlecht.	Besser geworden.

Kein *Gürtelgefühl.*	Stat. id.
	Nach der Operation ein Gefühl, als sei das operirte Bein länger geworden.
Formicationen in den Beinen.	Besser geworden.
Pelziges Gefühl in sämmtlichen *Fingerkuppen.*	Besser geworden.
Leichte *Ataxie der Hände.*	Noch vorhanden. Doch ist die *Schrift auffallend besser* geworden.
Halbseitige Schweisse an der rechten Gesichtshälfte.	Wurden seit der Operation nicht mehr beobachtet.
Lig. patellaria sehr stramm. *Kein Reflex.* *Mechanische Erregbarkeit* im Quadriceps erhalten.	Stat. id.
Linkes Bein *motorisch* schlechter als das rechte. *Es wird nachgeschleppt. Der rechte Stiefelabsatz ist abgetreten der linke nicht.*	*Kein Unterschied in der motorischen Leistungsfähigkeit beider Beine mehr bemerkbar. Auch nach längerer Zeit* (15. Mai) *kein Unterschied an der Abnutzung der Stiefel.*
Die *grobe Kraft* beiderseitig herabgesetzt. Geringe Ausdauer einfacher Muskelbewegungen besonders bei freier Erhebung eines Beines in der Horizontallage.	*Deutliche Verbesserung der motorischen Energie und Ausdauer.*
Musculatur auffallend schlaff. Geringer *Tonus.*	Unverändert.
Gliederbewusstsein bedeutend herabgesetzt.	„
Coordination bei vorgeschriebenen Bewegungen in der Rückenlage relativ gut. Bei geschlossenen Augen werden sie excessiv und unsicher.	Stat id.
Am r. Fuss *Anaesthesie* gegen leichte Berührungen. Stärkere Eindrücke werden gut percipirt.	Stat. id.
An einzelnen Stellen (Aussenseite des r. Ballens) deutliche *Verlangsamung der taktilen Leitung* um 4—5″. Nach wiederholten Versuchen wird die Leitungsgeschwindigkeit besser.	Die Verlangsamung lässt sich bei wiederholter Untersuchung nirgends mehr constatiren.
Localisation einzelner Tasteindrücke sehr mangelhaft.	Besser geworden.
Tastkreise R. Grosse Zehe 80	25
Inner. Fussrand 70	20
Aeusser. Fussrand 60	20

Sohle 60	15
L. Grosse Zehe ∞	50
Inner. Fussrand 25	20
Aeusser. Fussrand 40	20
Sohle 30	10
Drucksinn untersucht durch verschieden graduirte manuelle Drucke überraschend gut.	Stat. id.
Temperatursinn beiderseitig sehr stark herabgesetzt.	Stat. id.
Schmerzleitung:	
R. Grosse Zehe. Verlangsam. um 2,0″ Reflex verlangsamt, doppelseitig, contrakturähnlich.	Verlangsam. um 1,5″ Reflex unverändert.
R. Sohle Verlangsam. 2,5″	Verlangsam. 2,0″
L. Grosse Zehe 3,0″ Reflex vor der Bewusstseinsreaktion. Keine Doppelempfindung. (Was früher vorhanden).	Verlangsam. 2,0″
Waden zum Theil anaesthetisch und analgisch.	Lässt sich nicht mehr constatiren.
Empfindung der *Bewegungsrichtung* undeutlich.	Nicht mehr constatirt.
Faradocutane Erregbarkeit an der grossen Zehe rechts RA 0,8 cm. erste Empfindung.	Erste faradische Sensation bei 11,0 cm.!
Am Fussrücken selbst für starke primäre Ströme erloschen.	Stat. id.
An der Sohle 3,8 cm.	
Links: grosse Zehe erloschen.	Stat. id.
Fusssohle 4,2 cm.	10,8 cm.!
Verlangsamung der Stromempfindung. Linke Sohle 2,5″. Rechts 1,5″.	Kann nicht mehr constatirt werden.
Cremaster- und *Bauchdeckenreflex* schwach aber deutlich. *Pupillen* auffallend weit, reagiren gut bei Beleuchtung und Accomodation. *Tastkreis an den Fingerkuppen* 2—4 mm.	Unverändert.
Hochgradige *Blasenschwäche.* (Incont. urin.)	Während der Wundheilung noch starke Incontinentia, seit der Zeit *entschiedene Besserung.*

Demnach wurden *mehr oder weniger gebessert: Der Gang, die beginnende Parese, die Ataxie, die lancinirenden Schmerzen, die halbseitigen Schweisse, die taktile und faradocutane Sensibilität, die Blasenlähmung.*

Die Verlangsamung der Schmerzleitung, das Verhalten der Patelarreflexe, der Muskeltonus, der Temperatursinn blieben unverändert.

Der am 21. Febr., 5 Wochen nach der Operation, aufgenommene Status hat sich seit der Zeit bis heute (15. Mai) nicht mehr verändert. Bei einer vor wenigen Tagen vorgenommenen Untersuchung wurde sogar constatirt, dass das Allgemeinbefinden trotz schlechter Nahrungsverhältnisse jetzt entschieden besser ist, dass namentlich auch der *Gang und die motorische Ausdauer eine ungleich bessere geworden ist,* als sie vor der Operation war.

Namentlich aber ist hervorzuheben, dass der Kranke seit der Operation niemals mehr lancinirende Schmerzen gehabt hat. Seiner Angabe nach hat er allerdings periodisch das Gefühl „als wollten die Schmerzen jetzt anfangen", es kommt aber nicht zum Ausbruch derselben.

Die Besserung im Bereich der taktilen Sensibilität und des Ortssinnes, gemessen durch Bestimmung der Tastkreise ist ebenfalls unbestreitbar. — Die erste Untersuchung nach der Operation wurde gemacht während Pat. noch zu Bette lag; durch die Bettwärme und die hiedurch verbesserten Circulationsverhältnisse der Füsse konnte an und für sich eine geringe Besserung der Sensibilität herbeigeführt werden. Spätere Untersuchungen haben ergeben, dass die genannte Besserung eine anhaltende blieb, auch nachdem der Kranke wieder ausser Bett war und seinem neuen Beruf als Hilfsarbeiter in einem Bureau nachging.

Aus dem Verlaufe unserer Krankengeschichte geht hervor, dass die Operation als zulässig erachtet werden kann, wenn der allgemeine Ernährungszustand des Kranken sie erlaubt, und wenn nicht mit dem spinalen Leiden zusammenhängende trophische Störungen eine Contraindication bilden.

Denn die Hauptgefahren der Operation liegen für den Kranken jedenfalls darin, dass eine etwaige spinale Nutritionsstörung eine prima reunio unmöglich macht, und dass in Folge des langen Krankenlagers und der langsamen Wundheilung allgemeine Consumption der Kräfte eintritt.

In unserem Fall wenigstens wurde der immerhin noch günstig zu nennende Wundheilungsprozess nur dadurch gestört, dass obwohl die Granulation aus der Tiefe ohne abnorme Eiterung fortschritt, die Haut in der ersten Zeit weder eine Neigung zur ersten Vereinigung noch zu lebhafter Granulationsbildung zeigte.

Andere Gefahren liegen in der Ungunst der Operationsstelle, in der Schwierigkeit eines allen modernen Ansprüchen genügenden Verbandes gerade an dieser Stelle, in der häufigen Durchtränkung desselben mit Urin und dem dadurch nöthig werdenden öfteren Verbandwechsel, im Auftreten von Decubitus, der auch bei unserem Kranken nicht vollständig fehlte, und schliesslich in der theoretisch wenigstens sehr nahe liegenden Möglichkeit einer artificiellen peripherischen Lähmung.

Wir brauchen nicht zu erwähnen, dass der Patient über die sämmtlichen ihm möglicherweise drohenden Gefahren vor der Operation aufgeklärt werden muss.

Ob überhaupt und in welchen Fällen gleichzeitig mit der Nervendehnung eine Spaltung der Nervenscheide vorgenommen werden

soll, wird sich bei dem jetzigen Stand der Frage nicht entscheiden lassen. Am ehesten liesse sich vielleicht ein Nutzen von der Spaltung der Nervenscheide erwarten, wenn an einer Stelle in Folge von Verdickung der Scheide, Exsudation in dieselbe etc. ein localer Druck auf den Nerven vermuthet werden könnte, Indicationen, welche natürlich bei Annahme centraler Krankheitsursachen wie in unserem Falle wegfallen dürften.

Was die Operationsstelle bei Freilegung des N. ischiadicus betrifft, so können wir vor Allem sagen, dass die Vortheile der Bloslegung *unterhalb* der Glutaealfalte, wie sie Vogt[1]) angiebt bestimmt zutreffen: leichte und sichere Orientirung, Vermeidung von Gefässverletzung und — was das Entscheidende zu sein scheint, — die Möglichkeit den Nerven mit Finger und stumpfen Instrumenten bis zur Beckenhöhle verfolgen zu können.

Nach dem Gesagten dürfte nur ganz ausnahmsweise eine höher gelegene Stelle zur Bloslegung des N. ischiadicus gewählt werden, bei Tabeskranken aber, wo eine möglichst geringe Verletzung doppelt indicirt, ist stets die Dehnung *unterhalb* der Glutaealfalte zu rathen sein.

Man hat bisher vorwiegend den N. ischiadicus gedehnt. Sollte es sich als wahrscheinlich oder erwiesen herausstellen, dass die Wahl des Nerven gleichgiltig ist, dass von einem beliebigen Nervenstamm aus die functionellen Vorgänge im ganzen R.-M. beeinflusst werden können[2]), so würde es sich empfehlen, den für Operation, Verband und Lagerung des Patienten viel günstiger situirten N. cruralis für den Eingriff zu wählen.

Unbestreitbar ist die Thatsache, dass in unserem Falle das lästigste Symptom, die lancinirenden Schmerzen durch die Operation auf längere Zeit vollständig beseitigt wurden, dass die Coordination und motorische Leistungsfähigkeit wenigstens gebessert wurde. Wie lange die Besserung anhält, kann Niemand wissen. Keinesfalls werden wir versäumem, falls der Zustand des Kranken sich wieder verschlimmern sollte, eine kurze Mittheilung zu Ehren der Wahrheit zu machen.

Dass wir es mit einem zweifellosen Fall typischer Tabes dors. zu thun hatten, können wir wohl mit Grund behaupten. Um Unklarheiten in diagnostiger Beziehung zu vermeiden, wurden die Details der Krankengeschichte vielleicht mit etwas zu grosser Breite mitgetheilt.

Wir halten es für unzweckmässig, uns auf eine theoretische Discussion über die physiologischen Wirkungen der Nervendehnung einzulassen, brauchen auch nicht zu versichern, dass wir mit der nöthigen Skepsis an die ganze Frage herantraten, und dass uns auch der eigene Fall in keiner Weise bestochen hat. Unser Vorgehen — wenn auch zugestandenermassen physiologisch mehr als unklar — hat jedoch seine praktische Berechtigung selbst bewiesen.

---

[1]) Vogt, Nervendehnung Leipzig. 1877.

[2]) cf. Die neueren Unters. v. Brown-Séquard. Gaz. med. d. Paris 1881, 5. Feb. dies. Centralbl. 1881. p. 122.

Die Resultate der neueren physiologischen Arbeiten über Nervendehnung sind unserer Ansicht nach noch nicht genügend, um die Basis zu Erklärungsversuchen zu bilden. Beweisen sie uns doch noch nicht einmal, ob die „*Dehnung*“ des Nerven die Hauptsache ist, oder ob nur die durch dieselbe gesetzte intensive sensible Reizung. Gerade die Einwirkung der Nervendehnung auf die lancinirenden Schmerzen harmonirt eigenthümlich mit neueren Beobachtungen Rumpfs[1]). Der genannte Autor erreichte durch kräftige sensible Reizung grösserer Nervengebiete (faradische Pinselung) Herabsetzung, in zwei Fällen sogar Aufhören der lancinirenden Schmerzen. In einem anderen Fall verschwand auch die Ataxie.

II. Referate.

194) **Brown-Séquard**: Nouveaux faits relatifs à l'élongation du nerf sciatique. (Neue Ergebnisse bezüglich der Dehnung des Ischiadicus.) Aus dem Sitzungsbericht der Société de Biologie, vom 5. Februar 1881.

(Gazette méd. de Paris, Nro. 10. 1881, 5. März.)

Bei Meerschweinchen hatte sich im Anschluss an die halbseitige Durchschneidung des Rückenmarkes eine Entzündung und Erweichung der Umgebung eingestellt. Es entwickelte sich völlige Paraplegie und spinale Epilepsie mit all ihren characteristischen Erscheinungen, wie sie Vortr. schon vor 20 Jahren geschildert. Dabei zeigte sich kein Unterschied der Erscheinungen zwischen dem Beine, an welchem der Ischiadicus gedehnt war, und dem andern. Eine erneute Dehnung des Nerven hatte auch keinerlei Einfluss auf die Anfälle, höchstens wurde eine Abkürzung der Dauer der Anfälle erzielt durch Dehnung während derselben.

Vortragender hat von Neuem bei einer Anzahl Meerschweinchen und einem Lapin die Dehnung des Ischiadicus vorgenommen ohne Rückenmarksverletzung. Er beobachtete Steigerung der Sensibilität am gedehnten Gliede. Die willkürlichen Bewegungen waren etwas abgeschwächt, aber mehr durch einen gewissen Grad von Contractur als durch Parese.

Karrer (Erlangen).

---

195) **Gerald Bomford** (Calcutta); Nerve stretching in anaesthetic leprosy.

(The Lancet 1881. 26. Februar.)

Bei dem 40jährigen Patienten, welcher am 5. August 1880 in Verf. Behandlung kam, war die linke Hand abgemagert, ebenso die vom linken Ulnaris versorgten Muskeln, und im Gebiete desselben völlige Anästhesie vorhanden. Auch das rechte Ulnarisgebiet war anästhetisch, die Muskelschwäche beträchtlich, wenn auch die Abmagerung nicht so stark. Der rechte Ulnarisnerv war am Ellbogen als verdickter Strang durchzuführen, der linke enorm verdickt. Am

[1]) Rumpf: Aerztl. Vereinsblatt 1880 Aprilnummer.

6. August wurde die Operation gemacht. Der rechte Nervus ulnaris zeigte bis auf die Verdickung ein normales Aussehen; der linke war knotig verdickt, mit der Umgebung verwachsen, kaum als Nerv zu erkennen. Als er lospräparirt war, *riss er* auf den ersten Dehnungsversuch *ab*, circa $^1/_2$ Zoll über den Condylen an einer Stelle, wo er plötzlich dünn wurde. Es wurden nun die Enden möglichst frei präparirt und dann mit Catgut vereinigt (unter Lister). Nach Verlauf einer Woche war rechts die Heilung vollständig eingetreten; die Sensibilität und die Muskelkraft zurückgekehrt. Links ging die Besserung langsamer vorwärts. Am 17. August war die Sensibilität mit Ausnahme der Spitze des kleinen Fingers wieder vorhanden; der Händedruck aber noch schwach, die Abmagerung der Muskeln noch sehr bemerklich. Am 30. November soll Pat. nach Bericht seiner Verwandten völlig gesund gewesen sein.

Karrer (Erlangen).

---

196) **E. Lacorie** (Lahore): Case of anaesthetic leprosy treated by stretching of both ulnar and both sciatic nerves.

(The Lancet 1881. März.)

Der 30jährige Patient (Kuli) hatte anästhetische Stellen am Rumpf und den Gliedern, besonders im Ulnargebiet der Hände, in den Beinen und auf dem Rücken der Füsse. Die Hände waren abgemagert; der Kranke wegen Unvermögen, etwas zu fassen, seit 6 Monaten arbeitsunfähig. Unter Lister's Methode wurde nun die Dehnung der genannten Nerven ausgeführt. Die Heilung der Wunden erfolgte prima intentione. Sehr rasch vollzog sich die Besserung; am ehesten war die Kraft in den Händen zurückgekehrt. Die Anästhesie war noch nicht vollständig verschwunden, als der Kranke nach 14 Tagen aus der Behandlung trat.

Karrer (Erlangen).

---

197) **Beurnier:** Nouveau cas d'élongation des nerfs.

(Progr. med. 1881. Nro. 6.)

Gillet dehnte bei einer congenital epileptischen Kranken die nerv. medianus et cubitalis im oberen Drittel des Armes. Die Zahl der Anfälle sank von 90 auf 18 im Monat, und die Dauer und Intensität wurden vermindert (es stellten sich meistentheils nur Vertiges von 2—3 Minuten Dauer ein). Die vorher bestandenen Schmerzen in den oberen Extremitäten und ein Oppressionsgefühl waren verschwunden. Nach den Anfällen bestand weniger Stumpfsinn als früher. Die directen Folgeerscheinungen nach der Operation waren gering.

Halbey (Bendorf).

---

198) **Quinquaud:** Elongation des nerfs.

(Progr. med. 1881. Nro. 12 u. 13.)

Q. dehnte bei einem Meerschweinchen den Nerv. ischiad. sehr stark, worauf nach $1^1/_2$ Monate sich eine spontane Amputation der grossen Zehe dieser Seite vollzog, also genau dasselbe, was auch nach einer Durchschneidung des Nerven erfolgen kann.

Wird der eine Nerv. ischiad. so stark gedehnt, dass Anästhesie dieser Seite eintritt und darauf die Operation auch an dem anderen Nerven gemacht, so kehrt sofort das Gefühl auf der zuerst operirten Seite wieder zurück. Q. nennt dies Phaenomen *Transfert mechanique.* Dasselbe soll beweisen, dass man durch die Dehnung des Nerven die Kräfte der Nervenzellen quer durch das R.-M. modifizire, und dass es sich nicht um das Resultat eines einfachen Zuges handele, also um eine Wirkung à distance.

Q. hat in zwei Fällen von Supraorbitalneuralgie die Dehnung des nerv. frontal. mit Erfolg gemacht. In einem anderen Falle, wo dieser Nerv wegen epileptiformer Neuralgie im Gesicht gedehnt wurde, erzielte er kein günstiges Resultat. In den beiden ersten Fällen war die Anaesthesie eine vollständige und persistirte noch, im letzten Falle dauerte dieselbe nur zwei Stunden. Q. nimmt ebenso wie Laborde an, dass man den Nerven dehnen müsse bis Anaesthesie einträte um dauernden Erfolg zu haben.

Q. fand bei passagerer Anaesthesie in den gedehnten Nerven keine bemerkbare Veränderung, während er bei persistirender Anaesthesie secundäre Degeneration in einer grossen Anzahl Nervenfasern constatiren konnte. (vid. Ref. 109.)

Halbey (Bendorf).

---

199) **Laborde:** Elongation du nerf sciatique.

(Prog. med. 1881. Nro. 7.)

L. untersuchte den ersten von Debove durch Dehnung des nerv. ischiad. operirten Tabetiker, dessen fulgurante Schmerzen seit der Operation verschwunden sind. Auf der operirten Seite sind die gewöhnlichen Reflexe und die Sensibilität sehr abgeschwächt. Es steht dies Resultat mit den von Laborde bei Versuchen an Thieren gemachten Beobachtungen im Einklang. (vid. Ref. 88.) L. räth für die Operation an, so lang oder so weit zu dehnen bis eine merkliche Abnahme der Sensibilität eintritt und ist es einerlei ob man das centrale oder das periphere Ende dehnt. —

Halbey (Bendorf).

---

200) **Wernicke C.** (Berlin): Lehrbuch der Gehirnkrankheiten für Aerzte und Studirende.

(Kassel 1881, I. Band 371 S.)

Wenn auch die Literatur der centralen Nervenkrankheiten gerade in den letzten Jahren eine von dem Fachmann kaum mehr zu bewältigende Reichhaltigkeit aufweist, so verlangen doch einzelne Erscheinungen dieses Gebietes besondere Beachtung, sei es durch ihre besondere praktischen Verwendbarkeit, sei es durch die Originalität des Gebotenen.

In dieser letzteren Beziehung verdient wenigstens ein grosser Theil des vorliegenden ersten Bandes des in Rede stehenden Werkes eingehende Berücksichtigung; es gilt dies nämlich vom anatomischen Theile, welcher auf 182 Seiten, also genau der Hälfte des Buches eine umfassende Schilderung der morphologischen Verhältnisse des Gehirnbaues bringt.

Man überzeugt sich sehr bald, dass diese anatomischen Darstellungen auf sehr fleissige, selbstständige Studien des Verfassers begründet sind, und dass, wenn er sich auch manchmal ein Wenig zu streng an ältern Anschauungen hält, doch die gründliche eigene Arbeit fast überall nicht vernachlässigt wurde. — Dies zeigt sich am besten, wenn man das Capitel vom Kleinhirn heraushebt, welches, wie Verf. in höchst lobenswerther und seltner Aufrichtigkeit mittheilt, nicht nach eigenen Untersuchungen bearbeitet ist; ein Vergleich dieses Abschnittes mit den übrigen wird am klarsten die eigene Arbeit an den letzteren erkennen lassen.

Besonderer Beachtung werth sind die Holzschnitte. Ausser den grob schematischen Zeichnungen, sind zahlreiche Abbildungen hauptsächlich von Schnittpräparaten gegeben, welche sich durch grosse Treue und Naturwahrheit, sowie durch Zartheit und Feinheit in der Ausführung bemerkbar machen. —

Es kann hier nicht in eine Auseinandersetzung der Einzelheiten des anatomischen Capitels, noch weniger in eine Kritik derselben eingegangen werden; doch möge erwähnt werden, dass histologische Details fast vollständig vermieden wurden. —

Auf Seite 186—273 folgen nun einzelne ausgewählte Capitel der Gehirnphysiologie, wobei selbstverständlich noch manche anatomische in Betracht kommt. Die letzten 94 Seiten endlich sind der Semiotik der Gehirnkrankheiten gewidmet.

Wenn es nun auch nicht ganz gut möglich ist, über die Vertheilung des Stoffes vor dem Erscheinen des zweiten Theiles ein endgültiges Urtheil zu fällen, so können einige Punkte in dieser Beziehung doch jetzt schon hervorgehoben werden. —

Zunächst scheint der anatomische Abschnitt, der unstreitig sehr werthvoll ist, denn doch zu ausgedehnt für ein Lehrbuch der Gehirnkrankheiten das für Aerzte und Studirende berechnet ist, und zwar umsomehr, als die Darstellungsweise dieser schwierigen Verhältnisse manchmal nicht so klar ist, um auch jenem, der keine eigenen Untersuchungen auf diesem Gebiete gemacht hat, einen Einblick in den verwickelten Bau des Centralnervensystems zu eröffnen. Und gerade im Vergleiche mit dem anatomischen Theile erscheint die Semiotik, welcher ja vielleicht der weiteste Raum zu gewähren wäre, gar zu stiefmütterlich behandelt; dem practischen Arzt wäre damit jedenfalls gedient gewesen, wenn die Semiotik auf Kosten der Anatomie sich hätte ausbreiten können. Bezüglich der physiologischen Capitel besteht ebenfalls eine ziemlich ungerechte Raumvertheilung; während einige Thatsachen in einer den Rahmen eines derartigen Lehrbuches weit überschreitenden Breite abgehandelt werden, finden manche, und gewiss nicht unwichtige, physiologische Fragen gar keine Erwähnung. Ohne immer den richtigen Blick für das praktische Bedürfniss des Arztes zu haben, bevorzugt Verf. durchwegs jene Abschnitte, für die er speciell ein subjectives Interesse empfindet. —

Obersteiner (Wien).

201) **Flechsig, Paul** (Leipzig): Zur Anatomie und Entwicklungsgeschichte der Leitungsbahnen im Grosshirn des Menschen.

(Arch. f. Anat. und Physiol. Anat. Abth. 1881. pag. 12—75 1. T.)

Auf Grund seiner entwicklungsgeschichtlichen Untersuchungen über das Grosshirn gelangt Fl. zur Kenntniss einer grossen Anzahl anatomischer und physiologischer Thatsachen, die auch mehr oder minder pathologischen Werth beanspruchen.

Als die wichtigsten Schlussfolgerungen dieser bedeutenden Arbeit erscheinen uns folgende: Im Grosshirnschenkel stellt die Haube die Bahn der sensorischen, der Fuss hingegen die Bahn der motorischen Leitungen dar. —

Nachdem im Markkern des Grosshirns besonders frühzeitig die Bahnen der Haut (und Muskel-) Sensibilität entstehen, sich entwickeln und in Function treten, lässt sich annehmen, dass auch die durch sensible Haut- (und Muskel-) Empfindungen ausgelösten Empfindungen den am frühesten erworbenen Inhalt des Bewusstseins bilden. —

Obersteiner (Wien).

---

202) **Müller, Franz** (Graz): Hemiatrophia facialis progressiva.

(Oesterreichische Aerztliche Vereinszeitung 1881 Nr. 9.)

Das klinische Bild dieser höchst seltenen und in mehr als einer Hinsicht hochinteressanten, zuerst von Parry erwähnten, von Romberg (1851) meisterhaft beschriebenen, aber bis heute noch in pathogenetischer Hinsicht trotz der Arbeiten Eulenburg's, Seeligmüller's u. A. in ein undurchdringliches Dunkel gehüllten Krankheit, besteht im Wesentlichen darin, dass die eine Gesichtshälfte einer fortschreitenden Atrophie anheimfällt. Den Reigen eröffnen stets *cutane* Störungen und zwar fleckenweise auftretende, weissliche Entfärbungen der Haut.

Diese initialen Flecke bleiben mehr oder weniger lange discret, um endlich zu confluiren — und werden rasch der Sitz einer deutlichen Atrophie, wodurch leichte Depressionen der Hautoberfläche zu Stande kommen.

Den höchsten Grad von Atrophie bietet aber das *subcutane* Zellgewebe dar. Durch den völligen Schwund des Fettpolsters kommt die verdünnte Haut direct auf die knöcherne Unterlage zu liegen.

Durch die Atrophie des retrobulbären Fettgewebes wird der Bulbus retrudirt, in Folge dessen die Augenhöhle selbst bedeutend geräumiger, die Lidspalte aber enger erscheint.

Von dem gleichen Schicksale — von der Atrophie werden auch die *Epidermoidalgebilde* ereilt. Die Kopf- und Barthaare, Cilien u. Supercilien entfärben sich und fallen aus, so dass die kranke Gesichtshälfte vollständig haarlos wird.

Im weiteren Verlaufe kommt es auch zu beträchtlichen *ossären* Atrophien. Sämmtliche Knochen des Gesichtsschädels, sowie auch die Knorpel, namentlich die Nasenknorpel können von Atrophie befallen werden. Von den Knochen fallen mit Vorliebe das Stirnbein und der Ober-, sowie Unterkiefer dem atrophischen Processe anheim,

der an diesen Skelettheilen gewöhnlich in linearer Weise auftritt, wodurch mehr oder weniger deutliche Vertiefungen und Einkerbungen entstehen.

Im grellsten Gegensatze zu diesen eben genannten cutanen, epidermoidalen, subcutanen und ossären Atrophien stehen die *musculären* Ernährungsvorgänge, indem die mimischen wie mastikatorischen Muskeln geradezu eine Immunität gegen die Atrophie besitzen — sie behalten nämlich gewöhnlich ihr normales Volumen, ausnahmslos aber ihre **normale, willkürliche und elektrische Erregbarkeit.**

Eine Ausnahme scheint auf dem ersten Blicke nur die Zunge zu machen, denn sie atrophirt an der entsprechenden Hälfte zuweilen sehr beträchtlich; doch bleibt auch hier die elektrische Erregbarkeit völlig normal, so dass bestimmt gesagt werden kann, dass die Volumsverminderung nicht der Ausdruck einer degenerativen Atrophie von musculären Elementen ist.

In der Secretionssphäre zeigen sich interesssante Alterationen, sogenannte *partielle Secretionslähmungen*, insoferne gewöhnlich die Schweisssecretion, sowie die Function der Talgdrüsen vermindert oder gar sistirt sind — während Thränen- und Speichelsecretion intact bleiben.

Vasomotorische Störungen fehlen in der Regel vollständig. Weder die grossen noch die kleinen Arterien zeigen irgend welche Anomalien im Caliber resp. Tonus. Desgleichen gehören auch oculopupilläre Symptome zu den grössten Seltenheiten. Ihr Werth ist nur ein complicatorischer.

Gleichwie in der motorischen Sphäre Defecte nicht constatirt werden können, fehlen solche auch in der sensiblen. Die Sensibilität ist nämlich vollständig erhalten — ja in ihren verschiedenen Qualitäten sogar gewöhnlich gesteigert. Zuweilen nur gehen dem Ausbruche des Leidens voraus oder treten als Begleiterscheinungen auf: Parästhesien, Paralgien oder gar Neuralgien.

Die höheren Sinnesorgane functioniren stets normal, nur am gleichseitigen Auge wurde in einigen Fällen eine Abnahme der Sehschärfe mit positivem ophthalmoskopischem Befunde constatirt. Selbstredend mangeln pathologische Erscheinungen von Seite der Extremitäten und des Rumpfes — eben so wenig hat die locale Krankheit einen Einfluss auf das Allgemeinbefinden — doch sind ein Paar Fälle in der Literatur verzeichnet, so der Fall Kuhlik von Romberg und Virchow, wo die Atrophie auch entschieden spinalen Nerven zugehörige Gebiete befiel (Radialisgebiet).

Es setzt sich demnach das klinische Bild der Hemiatrophia faciei im Wesentlichen blos aus Atrophien der die Gesichtshälfte constituirenden differenten Gewebstheile zusammen mit alleiniger Ausnahme der Muskeln, die keine Spur von Lähmung oder Degeneration zeigen.

Der Verlauf der Krankheit ist entschieden progressiv und es dauert immer mehrere Jahre, bis der Process endlich stationär wird. Meistens setzt die Hemiatrophia facialis spontan oder nach bestimmten örtlichen Einwirkungen (Traumata, Entzündungen etc.) gewöhn-

lich zwischen dem 8. und 15. Lebensjahre ein und befällt mit Vorliebe die linke Gesichtshälfte.

Ueber die Pathogenese dieser interessanten Krankheit sind eine ganze Reihe von Theorien aufgestellt worden. Die von Bitot (Bordeaux) zuerst inaugurirte und von Lande weiter entwickelte Ansicht, dass es sich um ein peripheres, nicht neurotisches Leiden, und zwar um eine idiopathische Atrophie des Fett- und Bindegewebes handle, hält wohl keiner scharfen Kritik Stand und muss als höchst unwahrscheinlich bezeichnet werden.

Alles zwingt hingegen zur Annahme einer primären *neurotischen* Ursache, weshalb die Affection auch von Romberg faciale Trophoneurose, von Anderen (Virchow, Kahler), kurzweg neurotische Gesichtsatrophie genannt wird. Ein Streit kann heute füglich nur darüber geführt werden, in welchem der im Gesichte sich ausbreitenden Nerven, ob im Sympathicus, Facialis oder Trigeminus die eigentliche Ursache gelegen ist.

Die kritische Analyse der vorliegenden Fälle zeigt zur Evidenz, dass es ganz und gar unstatthaft ist, den Sympathicus eine Rolle, geschweige denn die Hauptrolle, wie manche Autoren wollen, spielen zu lassen. Es fehlen nämlich meistens, und zwar gerade in den ausgeprägtesten Fällen, jegliche Reizungs- und Lähmungserscheinungen von Seite des Halssympathicus. Auch auf den Facialis kann nicht recurrirt werden — zeichnet sich doch das von ihm innervirte Muskelgebiet durch völlige Integrität aus. Damit ist auch die von Moore ausgesprochene Ansicht, dass hier eine auf das Gesicht beschränkte, streng localisirte progressive Muskelatrophie vorliege, gerichtet. Alles weist hingegen auf den Trigeminus hin, in dessen Verbreitungsgebiet die Affection gewöhnlich mit auffallender Genauigkeit localisirt ist. Auf welchem Wege und auf welche Weise aber diese Atrophie im Trigeminusgebiete zu Stande komme, was der eigentliche Mechanismus ist, ob eigene trophische Nerven existiren oder nicht, möchte Verf. dahingestellt sein lassen, und sich, bei dem gegenwärtigen Mangel an autoptischen Befunden, nicht in billigen Hypothesen ergehen.

Nur was den Ort der Auslösung, den eigentlichen Sitz der die Atrophie bedingenden Ursache anlangt, möchte Verf. seine Ansicht, entgegen Virchow, der eine primäre, periphere Nervenläsion annimmt, dahin formuliren, dass es sich höchst wahrscheinlich um ein Centralleiden, und zwar um eine Bulbärkern-Affection handelt.

Die scharf an der Mittellinie des Gesichtes abschliessende Ausbreitung der Atrophie, die, wenn auch nur seltenen Begleiterscheinungen als sensible und motorische Reizsymptome, letztere auf mastikatorischen Muskeln beschränkt, die hie und da beobachtete Propagation der Atrophie aus dem Trigeminusgebiete auf andere Nerventerritorien (Accessorius, vielleicht auch Hypoglossus und in seltenen Fällen Halsnerven), deren Kerne denen des Trigeminus angrenzen, sowie endlich das Auftreten der Krankheit nach Trauma capitis oder unter epileptischen Insulten — alle diese Umstände legen wenigstens den Gedanken an eine bulbäre Auslösung der He-

miatrophia facialis nahe. Dem Einwande, dass die bulbäre Localisation nicht statthaft sei, weil sie von keinem anatomischen Befunde bis heute gedeckt werde, begegnet Verf. mit dem Hinweise, dass auch Heine einst die sogenannte essentielle Kinderlähmung aus klinischen Gründen als Spinallähmung, ferner Wachsmuth die Glosso-labio-laryngeal-paralyse aus gleichen Motiven als Bulbärlähmung ansprachen — lange bevor die pathologische Anatomie die Substrate dafür lieferte.

Vortr. stellt einen höchst selten schön ausgeprägten Fall von Hemiatrophia facialis sinistra vor, der unstreitig der merkwürdigste und berühmteste dieser Art ist — und bereits von Romberg und Virchow beschrieben ist. Der Mann heisst Otto Schwahn, ist 43 alt Jahre und bereist seit längerer Zeit die verschiedenen Universitätsstädte Europa's, um seine Face demonstriren zu lassen. Auf den ersten Blick fällt der kolossale Contrast zwischen den beiden Gesichtshälften auf. Während die rechte in vollkommener Uebereinstimmung mit dem übrigen Körper und mit dem Alter des Mannes ist, erscheint die linke in allen ihren Dimensionen verschmälert und eingeschrumpft, mit Gruben und Furchen übersäet und scheint so einem hochbetagten Greise anzugehören.



OTTO SCHWAHN.

Schwahn hat im wahren Sinne des Wortes ein doppeltes Gesicht — eine visage à double forme.

Sehr ausgesprochen ist bei demselben die Atrophie der Knochen, von denen nur das Os zygomaticum völlig normal erscheint. Die linke Gesichtshälfte erscheint ganz bartlos — auch die linke Schlä-

fengegend ist kahl. Motilität und Sensibilität sind vollkommen erhalten — letztere sogar, was den Raumsinn anlangt, gesteigert. Am meisten hat neben dem Oberkiefer wohl der Unterkiefer gelitten; denn er stellt gleichsam nur mehr ein Fragment dar. Er erscheint gegen den gesunden rechten Unterkiefer beträchtlich verdünnt, und um circa 2 Centimeter verkürzt. Ueber das Stirnbein sieht man in schräger Richtung dem Subraorbitalnerv folgend eine tiefe, durch Knochenatrophie entstandene Furche laufen. Was den Fall aber besonders interessant macht, das ist die hochgradige Atrophie der linken Zungenhälfte — beim Vorstrecken deviirt die Zunge beträchtlich nach links — sowie des Gaumens, desgleichen die Einbeziehung des Larynx und der seitlichen Halsgegend in den atrophischen Process.

---

203) **J J. Ratton** (Madras): Tetanus.

(Brain. 1881. Jan.)

Verf. bemühte sich in einem früheren Aufsatze (Brain. Part. VIII. zu zeigen, dass Tetanus durch periphere Nervenreizung bedingt sei. In dem jetzigen Aufsatze beschäftigt er sich mit der Frage, welches die Natur dieser Reizung sei? Ob mechanisch, tactil; pathologisch schmerzhaft; oder beides combinirt? Die Schwierigkeit dieser Frage liegt darin, zu bestimmen, wie äussere Eindrücke durch die Nerven geleitet werden. Verf. neigt der Ansicht zu, dass das Verständlichwerden der äusseren Objecte durch den Tastsinn, abhängig von Schwingungen ist, wie beispielsweise die Fortpflanzung des Lichtes und Schalles. Nach dieser Analogie berechnet er die Geschwindigkeit der Leitung für eine 6 Fuss hohe Person auf den $^1/_{666}$ Theil einer Secunde. Dieser Bruchtheil Zeit genügt, um von einem mit dem Fuss berührten Gegenstande Bewusstsein zu erlangen. Die gewundene Gestalt des Gehirns begünstigt die Fortpflanzung der Schwingungen. Die centripetalen Nerven sind die Leiter der Schwingungen, wie Telegraphendrähte die Leiter der Electrizität sind.

Bei Beantwortung der aufgeworfenen Frage sucht er zuerst klar zu legen, was Schmerz ist und stellt fest, dass derselbe lange als irgend eine Störung des vasomotorischen oder circulatorischen Systems erkannt worden ist und wahrscheinlich wie das grade bei den rein nervösen Schmerzen, wie bei Neuralgieen der Fall ist handelt es sich um eine Art Entzündung. Wenn nun aber, so schliesst er, Schmerz an eine Störung der Cappillarcirculation geknüpft ist, so muss er beim Tetanus fehlen oder mindestens eine sehr untergeordnete Rolle spielen.

Es ist hierzu zu bemerken, dass Schmerz und Entzündung im Allgemeinen der Wunde die Tetanus erregt fern sind, denn oft erscheint der Tetanus, wenn die Wunde im Heilen oder bereits geheilt ist. Nach John Hunter ist die Reizbarkeit des Nervensystems, die sich zum Tetanus entwickelt nicht auf Entzündung zu beziehen, da der Tetanus nur erscheint, wenn letztere vorüber ist. Die Häufigkeit des Tetanus steht zur Schmerzhaftigkeit der Wunden in keinem Verhältniss. Neuralgieen die sehr schmerhaft die peripherischen Ausbreitungen der verschiedensten Nerven berühren, enden

nie mit Tetanus, ebenso Neuvome und subcutane Tumoren die zu den schmerzhaftesten Affectionen gehören. Es ist bei der Aetiologie des Tetanus der Schmerz also füglich auszuschliessen und es bleibt nur übrig die Art und Weise der tactilen Reizung zu studiren und erklären.

Neuendorf (Sonnenstein).

---

204) **Charcot & Richer** (Paris): Contribution à l'étude de l'Hypnotisme chez les Hystériques.

(Sitzung der Société de Biologie vom 2. April 1881.)

Richer spricht in seinem Namen und Charcots nochmals von den Muskelcontractionen, die in einer bestimmten Phase (Phase der hysterischen Lethargie) des provocirten Hypnotismus durch mechanische Reizung der Muskelsehnen oder des betreffenden Nerven hervorgerufen werden können. Er hält sich diesmal beim Charakter dieser Contractionen auf, und indem er diese als ungemein starke schildert, fügt er hinzu, dass dieselbe Reizung auf den Antagonisten ausgeübt, die Contraction wie auf Zauberschlag vertreibt.

Erwacht die Kranke während so einer Contractur so schwindet manchmal dieselbe im Masse als die Kranke zu sich kommt. Bleibt dieselbe, so gleicht sie einer Contraction wie man sie oft bei Hysterischen antrifft, nur kann eine so herrührende Contraction, im Schlafe, durch Reizung der Antagonisten wieder beseitigt werden.

Noch auf zwei Phänomene macht er aufmerksam. Auf das Phänomen des „Transfert“ und der latenten Muskelcontractur.

Ersteres sah er bei einer Contraction des rechten Vorderarmes, die durch Reizung des Cubitalnerven hervorgerufen, und durch Anlegen eines Magneten am linken Arm nicht nur vertrieben wurde sondern im gleichen Masse im letzten Arme, an denselben Muskeln zum Vorschein kam. Von der sogenannten latenten Muskelcontraction kann man sich überzeugen, wenn man den Arm vor der Reizung durch ein Esmarch'sches Band anaemisch macht. Ein Nerv wird gereizt; der Muskel aber contrahirt sich erst bei hergestelltem Kreislauf.

Auch diese latente Muskelcontraction kann transferirt werden, und spricht Autor von sehr geglückten diesbezüglichen Versuchen.

Hager (Paris).

---

205) **Buccola, Gabr.** (Turin): Sulla misura del tempo negli atti psichici elementari. (Ueber die Reactionszeit bei den elementaren Processen.)

(Riv. sperim. di freniatr. 1881. 1. H.)

Der Verf. gibt eine sehr übersichtliche und klare Zusammenstellung aller jener Arbeiten, welche über den zeitlichen Ablauf der einfachsten psychischen Processe veröffentlicht worden sind, beschränkt sich aber nicht auf ein Referat, sondern kann auf Grundlage eingehender selbstständiger Untersuchungen auch kritisch vorgehen, wodurch seiner Darstellung besonderer Werth verliehen wird.

Es kann gleich bemerkt werden, dass sich zwischen den Re-

sultaten seiner eigenen Versuche und denen seiner Vorgänger keine wesentlichen Differenzen ergeben haben.

Bei gebildeten Personen fand er gleichfalls die Reactionszeit kürzer, als bei ungebildeten. Während im Allgemeinen die Reaction auf optische Reize mehr Zeit beansprucht als die auf akustische, so besteht doch insofern ein individueller Unterschied für die einzelnen Sinnesorgane, als beispielsweise bei mehreren Personen die mittlere Reactionszeit für cutane und akustische Reize bis auf wenige Tausenstel einer Secunde gleich war, während für die nämlichen Personen die mittlere Reactionszeit auf Lichteindrücke sehr verschieden war.

Ferner ist Verf. ebenfalls geneigt, der Aufmerksamkeit hinsichtlich der für den Ablauf der Reaction nothwendigen Zeit eine sehr grosse Rolle zuzuweisen. Seine Versuche an Geisteskranken führten zu denselben Resultaten, welche Ref. seinerzeit mitgetheilt hat, dass nämlich in jenen Formen, welche eine tiefergreifende organische Erkrankung des Gehirnes voraussetzen lassen, die Reactionszeit unter allen Umständen mehr oder minder bedeutend verlangsamt ist, während sie bei denjenigen Geisteskranken, wo eine derartige ausgesprochene Laesion des Centralorganes nicht anzunehmen war, wohl auch meist verlangsamt war, bei jedem Kranken aber auch mitunter die Norm erreichte.

Mit zunehmender Reizstärke konnte auch eine Verkürzung der Reactionszeit beobachtet werden. Die Reactionszeit bei cutanen Reizen hängt von der gereizten Hautstelle ab, steht aber nicht im geraden Verhältniss zur Entfernung dieser Stelle vom Gehirne, sondern ist vielmehr abhängig von der localen Empfindlichkeit der betreffenden Hautstelle.

Es ist nicht möglich hier die zahlreichen Einzelheiten dieser fleissigen Arbeit zu berühren.

Obersteiner (Wien).

---

206) **Buccola, Gabr.** (Turin): La legge fisica della coscienza nell uomo sano e nell uomo alienato. (Das Bewusstsein beim Geistesgesunden und beim Geisteskranken.)

(Rendic. del III. Congresso freniatr. ital. 1880.)

Bei jeder Thätigkeit des Centralnervensystems wird ein Theil der Nervensubstanz verbraucht und muss später wieder ersetzt werden. Ein nervöser Vorgang wird aber um so mehr vor das Bewusstsein treten, je grösser der Verbrauch an Nervensubstanz dabei ist. Da diejenigen Processe im Nervensystem, bei denen am wenigsten Nervensubstanz aufgebraucht wird, auch am schnellsten ablaufen, so kann man auch sagen, dass die Intensität der Bewusstseinsthätigkeit in umgekehrtem Verhältniss zur Schnelligkeit des centralen Ablaufes stehe.

Verf. versucht weiterhin nachzuweisen, dass dieses Gesetz wie für die physiologischen Vorgänge im Centralnervensysteme, so auch für die abnormen Processe (Hypnotismus, geistige Störungen) Geltung habe.

Obersteiner (Wien).

---

207) **Isaac Ott** (Easton, Pennsylvania): Piscidia Erythrina.
(Brain, Jan. 1881.)

Die Drogue ist ein Substitut für Opium. Sie wird aus der Rinde der Wurzel des auf Jamaika wachsenden Baumes gewonnen, den die Einwohner „fish catching coral tree" nennen und sich desselben zum Fischfang bedienen. Körbe voll Rinde werden in die Teiche gestellt und so die Fische betäubt. Kleine Fische sterben, die grossen werden nur betäubt und können ohne üble Folgen verzehrt werden. In ihrer Wirkung auf den gesunden Menschen bedingt die Drogue Pulsverlangsamung, Salivation, Schweiss, Störung des Sehvermögens, Jucken der Haut, Schlaf. Sie scheint mehr Schmerz zu lindern, als zu betäuben. In einem Falle von aneurysma der Abdominalaorta wirkte sie bewundernswerth durch Linderung der neuralgischen Schmerzen, ohne Stuhlverstopfung herbeizuführen, und den Appetit zu stören wie das das Opium that. Sie muss zur Vermeidung einer bisweilen eintretenden Nausea bei vollem Magen gegeben werden. Als Sedativum bei dem Hustenreiz der verschiedenen Lungenleiden ist sie sehr nützlich befunden.

Sie ist narkotisch wie Morphium und Chloral, sie afficirt, wie Chloral im Gegensatz zum Morphium weder die motorischen noch sensorischen Nerven. Sie verringert im Gegensatz zu Morphium und Chloral die Reflexaction. Sie erweitert im Gegensatz zu Morphium und Chloral die Pupillen. Sie veringert die Pulsfrequenz wie Chloral und wie Morphium in grossen Dosen. Verf. fordert zu weiteren Versuchen auf, ohne jedoch eine genauere Dosirung anzugeben.

Neuendorf (Sonnenstein).

III. Neueste Literatur.

53. Besser, Leop., Was ist Empfindung? Bonn. Strauss. 28 Pag. M. 1.
54. Bernhardt, M., Beiträge zur Symptomatologie und Diagnostik der Hirngeschwülste. gr. 8. Berlin, Hirchwald. M. 8.
55. Bourneville u. P. Regnard, Iconographie photographique de la Salpêtrière. T. 2. av. 39 pl. 4. Paris, Delahaye & Co. Fr. 20.
56. Chambard, E., du somnambulisme en général. 8. Paris, Doin. Fr. 4.
57. Darwin's Ch., gesammelte Werke. Autor. deutsche Ausg. a. d. Engl. übers. v. J. V. Carus. M. üb. 400 Holzschn., 7 Photo., 4 Kart. u. s. w. Lfg. 86—88 gr. 8 Stuttgart, Schweizerbart. à M. 1. 20.
58. Dictionnaire des sciences anthropologiques. Publ. sous la direct. de A. Bertillon, Coudereau etc. av. de nombr. fig. 24 livr. in 4. Paris, Doin. à Fr. $1^1/_4$.
59. Flechsig, Paul, zur Anatomie und Entwicklungsgeschichte der Leitungsbahnen im Grosshirn des Menschen. Sep.-Abd. Lpz.
60. Instruction f. d. Verfahren d. Aertzte im Königreich Bayern

bei den gerichtl. Untersuchungen menschlicher Leichen. Amtl. Ausgabe. gr. 8. München, Rieger. cart. M. 1.

61. Jurasz, A., Ueber die Sensibilitätsneurosen d. Rachens u. d. Kehlkopfs. gr. 8. Leipzig. Breitkopf & H. M. — 75.
62. Ribot, Th., les maladies de la mémoire. 18. Paris, Germ. Baillière. Fr. $2^1/_2$
63. Ramaer, (Haag) Ueber die Pflichten des Staates in Bezug auf die Geisteskranken.
64. Tauber, E., Die Anaesthetica. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 1.60.
65. Taylor, A. S., Traité de médecine légale. Traduit sur la 10 édition anglaise, par J. P. Henry Coutagne. 8. Paris, G. Baillière.
66. Wernicke, Lehrbuch der Gehirnkrankheiten für Aerzte u. Studirende Bd. I. Mit 96 Abb. 23 Bogen gr. 8⁰. M. 12. bei Th. Fischer in Kassel.
67. Delisle, F., Des déformations artificielles du crane. Av. 8 fig. M. 1. 50
68. Béringier, Etude s. quelques formes de paralysies dans la phthisie pulmonaire chronique. M. 1.
69. Boé, J. B. F. Essai sur l'aphasic consécutive aux maladies du coeur. M. 1.
70. Boinet, E., De la compression de nerfs. à M. 1.
71. Bonnet, G., De l'influence mecanique que la respiration exerce sur la circulation en général et sur le coeur en particulier. M. 1.
72. Boudet de Paris, De l'élasticité musculaire. M. 1.
73. Favier, Ch., Sur les rapports entre la sclérodermie spontanée et la gangrene symétrique des extrémités. M. 1.
74. Gignac, J., Etude sur les troubles de la parole chez les phthisiques etc. M. 1.
75. Gille, M., De l'hémique av. hémiplégie ou hémianesthésie. M. 1.
76. Hanriot, M., De l'électricité musculaire.
77. Manissolle, J. M. F., Étude sur les phénoménes nerveux consécutifs à la variole. M. 1.
78) Pierre, G., Etude clinique sur les prodromes de l'accès épileptiques.
79. Regis, E., La folie à deux. M. 1.
80. Rueff, Ad. Etude sur les troubles nerveux d'origine gastrique. M. 1.
81. Toffier, H., Consideration sur l'empoissonement aigu par l'alcool. M. 1.
82. Vignes, De l'atrophie musculaire conséc. au rhumatisme, à la goutte aux arthropathies ataxiques. M. 1.

67—82 sind Pariser Thesen.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; freie Station I. Classe, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 Mark. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 Mark freie Station. 3) Halle a. Saale, a. II. Volontärarzt, 1050 M. fr. Stat. b. Assistenzarzt an der psychiatr. Klinik, 8. Juni, 1500 Mark u. fr. Station. 4) Owinsk (Posen) a. II. Arzt 3000 Mark und freie Familienwohnung. b. Assistenzarzt, 2000 M.; freie

Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 5) Leubus, Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat. 6) Marsberg, a. Volontairarzt sofort, 600 Mark, fr. Stat.; b. Assistenzarzt, 1. März 1200 M., freie Station, für Beide Bedingung: kath. Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 7) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 Mark, fr. Stat. 8) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1200 M., fr. Stat. 9) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) Volontairarzt, sofort, 450 + 600 Mark, fr. Sat. 10) Grafenberg (Düsseldorf), a) Volontairarzt sofort; 600 Mark, freie Station. b) II. Arzt und stell. vertr. Director, 1. Juli, 3000 Mark, Familienwohnung, Garten, Heizung und Beleuchtung. Meldung an den Landesdirector Frhr. v. Landsberg in Düsseldorf. 11) Düren (provincst. Irrenanstalt) II. Arzt und stellvertr. Director, 1. October. Gehalt, Meldung etc. wie bei Grafenberg. 12) Sorau (Brandenb. Land-Irrenanstalt), Assistenzarzt 1. Juli, 1500 M., möblirte Wohnung, fr. Station I. Classe. Heizung. Beleuchtung und Arznei. 13) Dalldorf (Berlin) a) 2. Assistenzarzt; 1200 M. freie Station und Wohnung b) 2 Volontairärzte, baldigst, 600 M. freie Station. Meldungen an das Curatorium der Irrenanstalt der Stadt Berlin. 14) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Creutzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Krossen (Frankfurt a. O.), Königsberg i. Fr. (Coburg), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Minden (Minden), Münsterberg (Breslau), Osterode (Königsberg), Ragnit (Gumbinnen), Sensburg (Gumbinnen), Schönau (Liegitz), Stuhm (Marienwerder), Worbis (Erfurt), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Besetzte Stelle. Kaiserswerth, Dirig. Arzt Herr Dr. Chr. Roller aus Strassburg i. Els.

Todesfälle. Kreisphysicus, San.-Rath Dr. Jehn in Hamm i. W.

V. Anzeigen.

VI. Correspondenz der Redaction.

Rue Racine 1. Alles abgedruckt, bitte um deutlichere Schrift. — Dr. Landsberg: Habe keinen Brief von Ihnen erhalten; Sie wollen dies C. in K. mittheilen; die Sache muss doch erledigt werden. — Dr. Buch in Helsingfors: Sendung erhalten. —

Druckfehler.

Pag. 177 Zeile 10 v. unten liess Winogradow statt Winogradav.
„ 179 „ 10 v. oben „ Chin. bim. carbamidatum.
„ 179 „ 6 v. unten „ von der vorhergegangenen.

Druck von Philipp Werle in Coblenz. (Entenphuhl 12).

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.
Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. 15. Juni 1881. Nro. 12.

INHALT.

Die
verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Abonnement auf das III. Quartal 1881 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

I. Originalien.

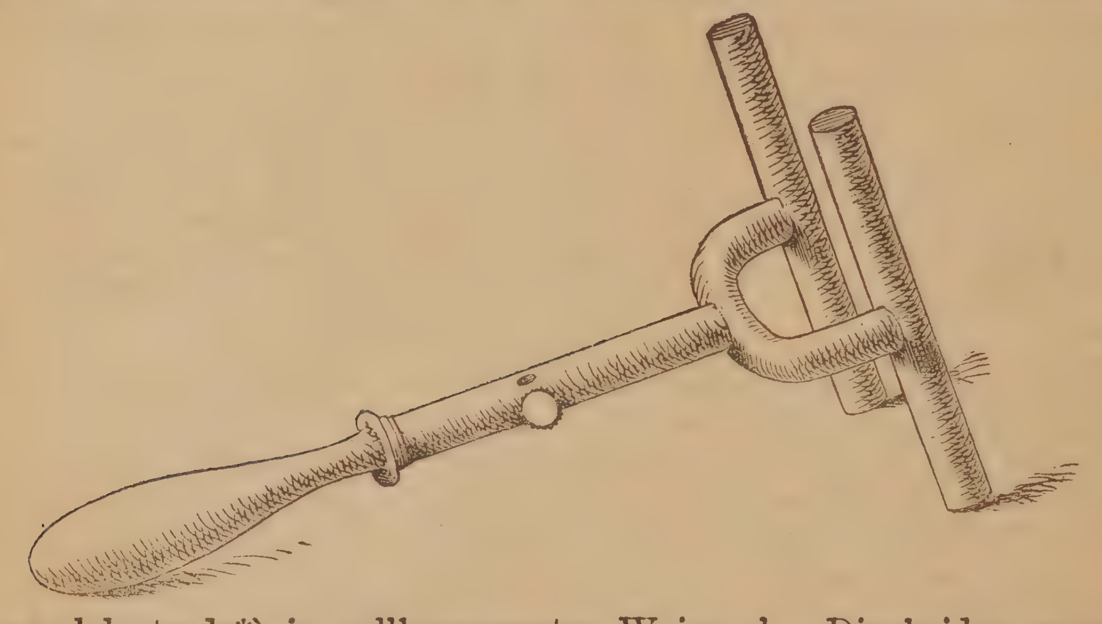
I.

Electrotherapeutische Apparate.

Von Dr. SEELIGMÜLLER in Halle a. d. S.

1. Eine neue Electrode zum Galvanisiren des Rückenmarks.

Wenn ich nicht irre, war es Prof. Arndt in Greifswald, welcher vor Jahren einmal in einem Aufsatze sich darüber aussprach, dass er es vorziehe, beim Galvanisiren des Rückenmarks die Electrode auf die eine Seite der Dornfortsätze zu setzen, statt auf diese selbst, weil man von den Dornfortsätzen, namentlich wenn dieselben, wie bei mageren Personen, sehr hervortreten, leicht abgleitet etc. Diesem Uebelstand hilft die in beistehender Figur 1. abgebildete



Doppelelectrode*) in vollkommenster Weise ab. Die beiden massiv messingenen hammerförmigen Stromgeber, welche stark fingerdick und 10 Cm. lang sind, müssen natürlich gehörig mit Filz und Leinwand umwickelt sein. Zwischen dieselben, welche etwa 2 Cm. von einander abstehen, kommt bei der Application auf das Rückgrat die Reihe der Dornfortsätze zu liegen. — Ausserdem fixirt sich diese Electrode durch ihre Schwere noch besser als die einfache hammerförmige, wenn man sie mit ihrer einen Hälfte zwischen Halskragen resp. Hosengurt und Hemd einschiebt. Man kann dann ohne Assistenten mit der anderen bequem untersuchen oder therapeutisch einwirken.

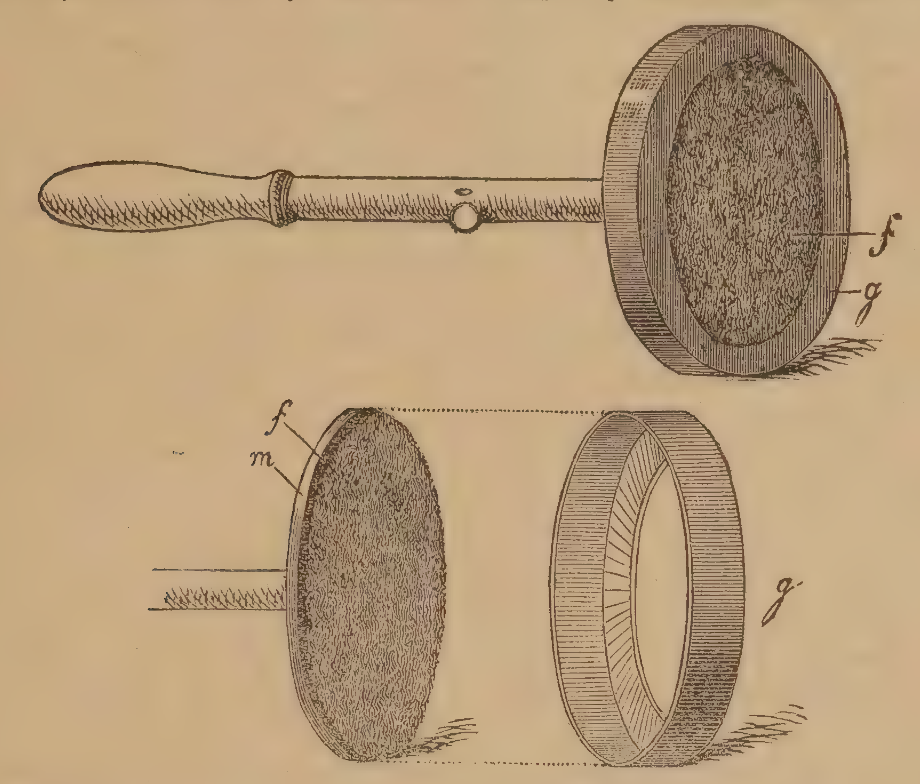
2. Eine bequeme Art, scheibenförmige Electroden zu überziehen.

Seit Jahren bediene ich mich eines bequemen Ueberzugs der scheibenförmigen Electroden. Ich habe mir in einer Gummiwaarenfabrik Gummikappen Fig. 2. g anfertigen lassen, welche über die metallenen Scheiben gezogen rings fest anschliessen und eine runde Filzscheibe f gegen die Metallscheibe m fest andrücken.

---

*) Dieselbe ist bei dem Mechanicus Unbekannt in Halle, gr. Schlamm 11 zum Preise von 3,50 Mark zu haben.

Auf der Fläche der Electrode, welche auf den Körper aufgesetzt wird, sieht man (s. die obere Figur!) die Filzscheibe f aus der



Gummikappe g herausgucken. Dieser Ueberzug, welcher sich natürlich nur für stabil gehaltene Electroden eignet, hat zwei Vorzüge vor der sonst üblichen Bekleidung, nämlich 1) dass die Gummikappe die leicht vorkommenden Verbrennungen durch die Randströme verhindert und 2) dass sich Kappe und Filzscheibe im Nu abnehmen lassen, wenn man die oxydirte Metallscheibe reinigen will, und ebenso schnell wieder überstülpen lassen. Natürlich dehnt sich die Gummikappe mit der Zeit so aus, dass sie durch eine neue ersetzt werden muss.

3. Ein leicht fahrbarer Etagenapparat für den Batteriestrom empfiehlt sich namentlich für Krankenhäuser. Derselbe besteht aus drei übereinander stehenden Kasten, von denen der Bodenrand des oberen jedes Mal über einen Filz des unteren greift, so dass eine seitliche Verschiebung dadurch unmöglich gemacht ist. Jeder dieser Kasten enthält 15 kleine Siemens-Remak'sche Elemente, von welchen die üblichen Drahtverbindungen auf der Rückseite der Kasten zum Elementenwähler führen. Dieser, sowie der Stromwender und das Galvanoscop sind auf dem abnehmbaren Deckel des obersten Kastens angebracht. Schaltet man noch in die eine Leitungsschnur ein Runge'sches*) Wasserrohr ein, so hat man einen für therapeutische Zwecke jedenfalls sehr vollkommenen, für diagnostische aber meist ausreichenden Apparat. Stellt man diesen in einen Rahmen mit Rollen, so kann man ihn bequem in derselben Etage von einem Zimmer zum andern rollen, ohne dass bei einiger Vor-

*) Das Runge'sche Wasserrohr ziehe ich für electrotherapeutische Proceduren, bei welchen, wie am Kopf, auch die leiseste Stromesunterbrechung vermieden werden soll, auch dem besten Metall-Rheostaten entschieden vor.

sicht Flüssigkeit überschwappt. Von der früher empfohlenen Ausfüllung des Raumes im Element zwischen Glascylinder und Wand des äusseren Glases mit angefeuchteten Sägespähnen bin ich zurückgekommen. Hat man, wie ich in meiner Heilanstalt, einen Aufzug, so kann man damit den Apparat bequem aus einer Etage in die andere transportiren. Aber auch ohne einen Aufzug kann man dieses bequem ausführen, wenn man, nachdem die wenigen Verbindungsdrähte mit den unteren abgeschraubt sind, den obersten Kasten abhebt und diesen, welcher mit seinen 15 Elementen für die Behandlung von Tabikern und vielen anderen Kranken vollständig ausreicht, allein an den beiderseits angebrachten Handgriffen an Ort und Stelle trägt. Selbst ein Wiederzusammenfügen aller drei Kasten in einer anderen Etage des Hauses ist schnell gethan. Jeder Kasten hat eine Grundfläche von 28:43,5 Cm. und eine Höhe von 18 Cm.*)

4. Zur Technik des electrischen Bades.

Das Liegen auf einem zwischen die Metallwanne und den Körper eingeschobenen Holzgestell, wie es, soviel ich mich erinnere, in dem electrischen Bade im Friedrichsbade zu Baden-Baden üblich ist, muss schwerbeweglichen und empfindlichen Kranken sehr unbequem, wenn nicht unmöglich sein. Ich habe mir statt dessen folgende sehr bequeme Vorrichtung ausgedacht. In meiner Heilanstalt reichen die zinkenen Badewannen mit ihrem Längsdurchmesser von einer Seitenwand des Badezimmers zur anderen. Nun habe ich sowohl am Kopf- wie am Fussende der Wanne 20—25 Cm. über dem Wannenrand je einen starken eisernen Haken in der Wand befestigen lassen. An diesen Haken werden die Enden eines hängematteartig zusammengelegten festen groben Lakens angehängt, in welchem der Kranke schon vom Bett aus transportirt oder erst beim Baden hineingelegt wird. In diesem Laken, welches, auch wenn der Kranke darin liegt, weder den Boden noch die Seitenwände der mit Wasser gefüllten Wanne berührt, liegen auch die überempfindlichsten und schwächsten Kranken mit an den Körper gelegten Armen sehr bequem. Ich fürchtete anfangs eine Imbibition der Aufhänge-Enden des Lakens mit Wasser und dadurch Stromungleichheiten. Diese Enden imbibiren sich aber nicht und daher genügt diese Aufhängemethode vollständig. Ist man dennoch besorgt, so kann man Guttaperchapapier zwischen Kopf des Kranken und Lakenende und zwischen dieses und die Wanne legen. Nun wird die eine Leitungsschnur des electrischen Apparates mit dem Fussende der Zinkwanne an dem mit dem Stopfer verbundenen Metallkettchen, die anderen aber an einer breiten Metallscheibe befestigt, die man mit untergelegter feuchter Compresse auf einen aus dem Wasser herausragenden Theil, oberen Theil der Brust, Kopf oder Hals applicirt. Alsdann kann man den Batteriestrom (auch hier empfiehlt sich der sub 3. beschriebene Apparat) mittelst Wasserrohr, den Inductionsstrom auf die gewöhnliche Art

---

*) Diesen Apparat hat mir W. A. Hirschmann in Berlin, Besselstrasse Nro. 2, nach meinen Angaben construirt.

einschleichen lassen. Der Strom muss dann jedenfalls die Wasserschicht zwischen Körper und Wanne passiren und damit ist die Hauptbedingung des electrischen Bades erfüllt.

Vielleicht giebt diese bequeme Methode dazu Anregung, dass öfter als bisher das electrische Bad versucht wird. Meine eigenen, wenig zahlreichen Versuche lassen bestimmte positive Resultate bis jetzt nicht erkennen.

II.

Die Heilung der Tabes dorsalis durch Nervendehnung.

Kritische Bemerkungen zu dem Aufsatz des Herrn Dr. Schüssler in Nro. 10 dieses Blattes.

Von W. ERB, Professor in Leipzig.

Der Enthusiasmus über errungene therapeutische Erfolge ist gewiss eine lobenswerthe und erfreuliche Erscheinung; er ist die Quelle vielen therapeutischen Fortschritts gewesen und es ist ihm desshalb zu verzeihen, wenn er auch manchmal über das Ziel hinausschiesst und die Dinge in allzu günstigem Lichte betrachtet. Gewiss aber hat auch die nüchterne Kritik ein Recht, sich diese Dinge etwas genauer anzusehen und die aus ihrem Ablaufe gezogenen Schlüsse einer scharfen Beurtheilung zu unterziehen; sie hat dazu umso mehr ein Recht, wenn es sich darum handelt, ganze Kategorien von zahlreichen Kranken, die an sich schon unglücklich genug sind, dem chirurgischen Messer zu überliefern und sie gewissen, an sich gar nicht ungefährlichen, Kurversuchen in die Arme zu treiben.

In diesem Sinne möchte ich meine warnende Stimme gegenüber der jüngsten begeisterten Auslassung des Herrn Dr. Schüssler erheben und derselben einige kurze kritische Bemerkungen widmen; dies besonders desshalb, weil zahlreiche, in dieser letzten Woche an mich*) gelangte Zuschriften und Anfragen von Kranken mir zeigten, in wie weiten Kreisen die überflüssige und tadelnswerthe Publikation des Falles in zahlreichen politischen Tagesblättern Aufregung hervorgerufen und Genesungshoffnungen erweckt hat, die kaum je erfüllt werden können.

Herr Schüssler sagt am Schlusse seines Aufsatzes, es sei der von ihm publicirte der „erste *typische* Fall einer schon bis zum Statium paralyticum vorgeschrittenen Hinterstrangsclerose“, in welchem „ein bisher noch nicht bekanntes Resultat, *eine Heilung*“ erzielt wurde.

Wir wollen hier nicht untersuchen, ob dies wirklich der *erste* Fall von Heilung einer typischen Tabes ist, sondern wir wollen uns diesen Fall selbst etwas näher ansehen! Die meisten Nervenpathologen von Erfahrung werden zunächst die Diagnose des „paralytischen“ Stadiums beanstanden; Herr Schüssler hat dasselbe offenbar mit dem „atactischen“ verwechselt, denn er betont selbst mit sehr grosser Ausführlichkeit, dass die *grobe Kraft* in den Beinen des Patienten vollkommen erhalten war.

---

*) Ebenso an die Red. d. Bl.

Dennoch will ich gern zugeben, dass das Krankheitsbild der Tabes in seinen Hauptzügen vorhanden war, obgleich die klinische Skizze des Falles sehr viel zu wünschen übrig lässt, (ein wenig mehr „Exactheit“ wäre hier nicht schädlich gewesen!), und obgleich der Kranke überhaupt, wie es scheint, *nur ein einziges Mal* untersucht und schon am zweiten Tage nach dieser Untersuchung der Operation unterworfen wurde.

Aber hat Herr Sch. ein Recht, seinen Fall einen *typischen* Fall von Tabes zu nennen und damit die zahlreichen andern Fälle von Tabes mit ihm ohne Weiteres zu identificiren? Ich glaube doch auch ein wenig von der Tabes zu verstehen und muss daher antworten: *ganz gewiss nicht!*

Nach einem Trauma (Fibulabruch) mit mehrwöchentlichem Bettliegen entwickeln sich mit ganz aussergewöhnlicher Raschheit, im Laufe von wenig Monaten — viel weniger als *ein* Jahr! — die Hauptsymptome der Hinterstrangsclerose bis zur hochgradigen Ataxie. Ich frage meine neuropathologischen Collegen: ist das *typisch?* Ist das die Regel? — Nein, es ist Ausnahme, es ist eine Seltenheit! Und so wenig ich zugeben kann, dass z. B. eine Ataxie nach Diphtheritis, die schliesslich alle Hauptsymptome der Tabes darbieten kann und in 2—3 Monaten heilt, eine *typische* Tabes ist, so wenig kann ich dies für den vorliegenden Schüssler'schen Fall zugeben. Zugegeben selbst, dass die Diagnose „Tabes“ hier gerechtfertigt war, so ist es doch gewiss keine *typische* Tabes! Und damit fällt schon ein grosser Theil der Berechtigung für Herrn Sch. fort, die Nervendehnung nun als Hauptheilmittel für *alle* Tabeskranken zu empfehlen.

Ueber die Operation selbst und den Verlauf der Erscheinungen habe ich nichts zu sagen; es ist nur zu bedauern, dass eine „exacte“ Constatirung des Zustandes der Beine *nach* der Operation durchaus vermisst wird; Herr Sch. behauptet zwar, es sei keine Parese oder Paralyse derselben vorhanden gewesen, seine eigene Schilderung widerspricht aber dieser Behauptung in entschiedener Weise; ebenso ist es versäumt worden, über das eigenthümliche Wesen der hochgradigen Atrophie der Beine durch eine „exacte“ electrische Untersuchung Aufklärung zu erhalten.

Das Resultat war, dass nach 6 Wochen fast alle Erscheinungen geschwunden sind und dass nach weiteren 4 Wochen noch weitere Besserung eingetreten ist. Aber der Patellarsehnenreflex fehlt noch immer, Patient schwankt noch immer bei geschlossenen Augen; wie es mit der reflectorischen Pupillenstarre und der Oculomotoriusschwäche geworden ist, erfahren wir leider nicht. — Aber Herr Sch. erklärt den Patienten für *geheilt* und publicirt den Fall sofort.

Er macht dabei gar keinen Vorbehalt, gar keine Bemerkung darüber, dass dies etwa nur vorläufig sei, vielleicht nur für gewisse Kategorien von Tabesfällen passe.

Wie viele von den Nervenpathologen werden diesen Fall für wirklich „geheilt“ halten? Um das so bestimmt zu sagen, dazu gehört denn doch ein monatelanges, vielleicht jahrelanges Abwarten

und Herr Sch. wird die zunächst interessirten Kreise gewiss sehr verbinden, wenn er alle Jahre einmal wieder über das Befinden seines Kranken berichtet.

Für jetzt aber muss er uns wohl erlauben, seinen Erfolg nur als einen *vorläufigen* zu bezeichnen, einen sehr beachtenswerthen und erfreulichen allerdings, aber durchaus nicht dazu angethan, nun ohne Weiteres die Operation allen Tabischen als herrlichstes Heilmittel anzupreisen!

Ich will dabei nicht missverstanden sein: es liegt mir durchaus fern, etwa läugnen zu wollen, dass Herr Sch. in seinem Falle einen glänzenden — wenn auch erst auf seine Dauer noch zu prüfenden — Erfolg erzielt hat (der richtige Skeptiker könnte mir freilich auch *das* noch übel nehmen!); noch weniger will ich die Berechtigung, in Fällen von Tabes dies Operationsverfahren auch in Zukunft anzuwenden, irgendwie anzweifeln; vielmehr habe ich die mehrfachen Erfolge, welche damit von verschiedenen Beobachtern seit Langenbuch's erstem Versuch erzielt worden sind, mit grösstem Interesse erfahren und ich kann nicht läugnen, dass mir dieselben — trotz ihrer Unbegreiflichkeit — einen nachhaltigen Eindruck gemacht haben. Ich werde auch meinerseits dazu beitragen, die Zahl der hier so wichtigen Beobachtungen vermehren zu helfen und halte es für im höchsten Grade wünschenswerth, dass möglichst umfassende Versuche in dieser Richtung angestellt werden.

Dabei habe ich es aber doch für meine Pflicht gehalten, vor allzu weit gehenden Folgerungen aus so ganz vereinzelten Beobachtungen zu warnen und ich möchte damit die Bitte verbinden, die zur Operation kommenden Fälle in Zukunft nach allen Richtungen hin auf's Genaueste zu untersuchen und — doch auch die Fälle mit *negativem Erfolg* oder mit schlimmem Ausgang (ich kenne deren schon einzelne!) nicht zu verschweigen!

Leipzig im Mai 1881.

Nachträglicher Zusatz: Vorstehende Bemerkungen waren bereits abgesendet, als ich in der Nro. 11 dieses Centralblattes die sehr bemerkenswerthe Mittheilung der Herren G. Fischer und Fr. Schweninger über einen durch Nervendehnung gebesserten Fall von Tabes erhielt. Möchten in Zukunft alle ähnlichen Fälle so sorgfältig untersucht und beobachtet, und einer ebenso umsichtigen und besonnenen Beurtheilung unterzogen werden! Erb.

II. Referate.

208) **G. Angelucci**: Ueber die Erkrankungen des unteren Scheitelläppchens.

(Archiv. ital. p. l. mal. nerv. 1880.)

Der Verfasser giebt eine Zusammenstellung von 29 Fällen, darunter einen aus eigener Beobachtung, in denen das untere Scheitelläppchen Sitz der Erkrankung war. In 17 von diesen Fällen wurden motorische oder sensorische Störungen von Seite des Sehor-

ganes beobachtet, und zwar fanden sich Alterationen des Sehvermögens nur dann, wenn die Läsion die hintere Hälfte des unteren Scheitelläppchens, den Gyrus angularis, betroffen hatte.

Es scheint aus den Zusammenstellungen hervorzugehen, dass der vordere Theil des unteren Scheitelläppchens (der Gyrus supramarginalis) nach vorn zu sich eng an die motorischen Centren für die Gesichtsmuskeln anschliesst, und selbst das Centrum für die Augenbewegungen mit Einschluss der Lider darstellt, während das im Gyrus angularis localisirte eigentliche Sehcentrum nach rückwärts zu in die occipitalen psychosensorischen Centren (?) übergeht.

A. macht auch die ganz richtige Bemerkmung, dass eine einheitliche Benennung der Furchen und Windungen des Grosshirnes sehr wünschenswerth wäre, und das klinische Studium der Gehirnlocalisationen bedeutend erleichtern würde.

Obersteiner (Wien).

---

209) **Blaschko** (Berlin): Ueber Veränderungen im Gehirn bei fieberhaften Krankheiten.

(Virchow's Archiv f. pathol. Anatomie Bd. 83 H. 3.)

Zur Entscheidung der Frage, ob pathologische Veränderungen im Centralnervensystem bei fieberhaften Erkrankungen vorkommen, untersucht Verf. zunächst normale und Typhusgehirne. Er glaubt die Beobachtungen von Popoff, dass eine grosse Anzahl von Lymphkörperchen in den perivasculären und pericellulaeren Lymphräumen des Gehirns von Typhusleichen gefunden wird nicht bestätigen zu können. Auch den Ergebnissen der Untersuchungen von Herzog Carl Theodor *in Bayern* stimmt er nicht bei, welcher eine Vermehrung der Lymphkörperchen in der zweiten Woche des Typhus annimmt, jedoch die Anwesenheit derselben als einen dem Typhus nicht eigenthümlichen sondern auch normalen Gehirnen zukommenden Vorgang bezeichnet, der durch eine Erschwerung des Blutstroms und vermehrten Wassergehalt der Hirnparenchyms hervorgerufen wird. Verf. glaubt vielmehr annehmen zu müssen, dass der Unterschied in der Zahl der Rundzellen innerhalb der verschiedenen Gegenden und auch der verschiedenen Schichten ein und desselben Gehirns bedeutend grösser ist als der, welchen die erwähnten Forscher zwischen normalen und Typhusgehirnen gefunden haben.

Die Untersuchung septicämischer Gehirne erstreckte sich sowohl auf Menschen wie auf Thiere. Die Befunde waren auch hier durchweg negativ, namentlich konnte keine Vermehrung der Lymphzellen nachgewiesen werden. Nur bei einem Versuchsthiere fand sich das Gehirn, namentlich die Rinde von kleinen Pfröpfen durchsetzt, die aus Mikrokokken bestanden. Die letzteren, zu Klumpen zusammengeballt und in eine homogene Masse eingebettet, sassen nie in Arterien sondern stets in Venen und Capillargefässen. In der umgebenden Hirnsubstanz waren keine Veränderungen nachweisbar.

Verf. glaubt aus diesem Einzelbefunde keine allgemeinen Schlüsse ziehen zu dürfen und betrachtet derartige Embolien nicht

als zum Wesen der Septicaemie gehörig. Er ist der Ansicht dass Bakterien schon an der Infectionsstelle ein Gift produciren, welches im Blute circulirend eine Allgemeininfection hervorruft.

Eickholt (Merzig).

---

210) **v. Monakow** (St. Pirminsberg): Beitrag zur Localisation von Hirnrindentumoren.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkrkhten. XI., 3. 1881.)

Bei einer 53jährigen Frau traten fünf Monate nach der Entwicklung eines Mammasarcomes und 4 Monate vor dem Tode neuralgische Schmerzen, cutane Hyperalgesie und Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen im rechten Arme auf. Bald nachher konnte in der linken Scheitelgegend eine Auftreibung constatirt werden, deren Berührung Kopfschmerzen, Schwindel und Steigerung der Schmerzen im rechten Arme verursachte. Zehn Wochen später traten in der linken untern Extremität Parese und dieselben Sensibilitätsstörungen wie im rechten Arme auf. Während der letzten Wochen vor dem Tode bestand eine auffallende Schlafsucht, die durch Berührung der kranken Glieder sofort gehoben werden konnte.

Die Obduction ergab 1) einen pflaumengrossen Sarcomknoten der Dura über dem linken oberen Scheitelläppchen, das mässige Atrophie der Rinde und Kernwucherung des Ependyms zeigte, während die Markmasse intakt war; 2) ein bohnen- und erbsengrosses Sarcom in der Dura im gyr. fonric. links und über der mittleren Gegend des gyr. supramarg. rechts.

Nach Besprechung der Literatur, der anatomischen und klinischen Verhältnisse, kommt V., indem er die im rechten Arme aufgetretenen Symptome mit dem sub 1) angeführten Tumor in Verbindung bringt, zum Schlusse, dass Reizung der Rinde der Parietalwindungen, resp. des oberen Scheitelläppchens, sofern dieselbe die Rinde nicht total zerstört, Schmerzempfindungen in den Extremitäten produciren kann. Bezüglich der anderen Erscheinungen konnte er zu keiner befriedigenden Erklärung gelangen.

Stenger (Dalldorf).

---

211) **Andreas Takács** (Budapesth): Ein Fall von progressiver Entwicklung von Meningo-myelitis.

(Orvosi Hetilap. 1880, Nro. 50.)

Verf. beobachtete den umständlich beschriebenen Fall des 46 J. alten Alexander Petráss vom 6. Novemb. 1879 bis zu dessen Ableben am 14. Feb. 1880. Ohne neuropathische Disposition in seiner Familie erkrankte der früher immer gesunde Mann im 40. Jahre an *Rheumatismus* (?) Zu diesem angeblichen 5 Jahre hindurch zunehmenden Leiden gesellten sich dann in progressiver Folge Blasen-Beschwerden, erschwertes Gehen, Ermüdungsgefühl, lancinirende Schmerzen längs der Extremitäten, Formication in den Fusssohlen, allmählige Abnahme der Reflexzuckungen, Obstruction, Dysurie, Impotenz, Enge der Pupille mit schwacher Reaction auf Lichteindrücke, leichte l. Facial-Paresis, Kreuzer grosser, missfärbiger Decubitus

am Kreuzbein. Sinnes-Organe, geistige Functionen waren noch lange nach der Aufnahme normal, Empfindungs-Perceptionen am Kopf, Hals, Rumpf und Ober-Extremitäten präcis; vom Schenkel bis zum Fuss-Rücken und an den Sohlen graduelle Abnahme derselben, oben bloss ein zeitliches Zurückbleiben, unten volle Verspätung der Contact- und Schmerzens-Wahrnehmung um 3—4 Secunden. Auch die Differenzen in der Empfindung der Nadelspitze und des Nadel-Kopfes nahmen von oben nach unten deutlich ab. An den unteren Extremitäten werden nur grobe Berührungen auf 50 mm. Entfernung doppelt empfunden. Druck- und Wärme-Sinn, das Gefühl der Gliedstellung und der Localisation sind nach abwärts, zumal an den Unterextremitäten entsprechend mangelhaft; passive Bewegungen sind erst nach Ueberwindung von Widerständen ausführbar; Willkührs-Bewegungen beschränkt; Aufsitzen schwer. Abgang des Fäces selbst nach starken Abführmitteln dunkel empfunden.

Vom 19. November bis 10. Dezember progressive Besserung in der Motilitäts-Sphäre, dann bis Ende Dez. im Allgemeinzustande. Behandlung mit Jodkalium, Argent. nit. und constantem Strom stabil aufsteigend längs der Wirbelsäule. Vom 22. Jan. 1880 wieder totale Verschlimmerung aller früher geschilderten Erscheinungen, in welchen der Reihe nach auftreten incontinentia urinae, eingefallene Bauchwände, Abmagerung, brandige Ausdehnung der Decubitus-Geschwüre über beiden Trochanteren und am Kreuzbeine; Abnahme der Sensibilität bis zur Höhe der 5. Rippe, gestreckte adducirte unbewegliche Schenkelstellung, nnd endlich gesellten sich vom 4. Febr. an Hüsteln ohne Exploration, dypnoische Respiration, erhöhte Temperatur von 38,6 bis 40,2, zunehmende Cheyne-Stokes'schen Athmungsphänomene und allgemeine Lähmungs-Erscheinungen hinzu, bis unter wirklichen Suffocations-Anfällen der lethale Exitus am 14. Feb. eintrat.

Aus dem Obductionsbefunde ist bezüglich des Nervensystems hervorzuheben: Verdickung des oberen Theiles beider, besonders der oberen rechten Stirnkurvatur, sowie des oberen Theiles der oberen Centralkurvaturen; graue Degeneration der hinteren Stränge des Rückenmarks; beginnende Entartung des hinteren Theiles der Seitenstränge im unteren Abschnitte des Dorsalrückenmarks; *Adhäsion der Pia mater an das Rückenmark in der Lendengegend.*

Die bis in die kleinsten Details sich erstreckende mikroscopische Untersuchung erwies ein *bröckeliges Aussehen* des Rückenmarks vom Lendenwulste an bis zum unteren Theile der Cervical-Anschwellung, welcher von fortgeschritteneren und neueren Entartungen in den einzelnen Abschnitten des Querschnittes herrührten.

Namentlich waren die hinteren Wurzeln — ohne irgendwelche Myelin-Transformationen eingegangen zu sein — zu Bindegewebs-Fasern umgewandelt; in den Hinterhörnern sind die Nervenzellen fast total zu Grunde gegangen; die Wandungen der Gefässe waren so verdickt wie dies nur an chronischen Entartungsherden zu geschehen pflegt, und endlich vertrat die Stelle der eigentlichen hinteren Stränge ein solches *homogenes Gewebe*, welches ausschliesslich nur bei secundärer Degeneration von Rückenmarkssträngen beobach-

tet wird. Alle diese Veränderungen konnten nur nach längerer Dauer entstanden sein, und somit hier die ursprüngliche Erkrankungs-Stätte angenommen werden, denn anderwärts z. B. in den Vorderhörnern waren wohl die Nervenzellen im vorgeschrittenem Schwunde, jedoch noch nicht völlig untergegangen, während in den Zellen der Clark'schen Columnen bloss eine granulöse Schwellung sich zeigte, die gewiss jüngeren Ursprungs war. (Uebrigens will Verf. aus seinen, auch anderweitig gemachten microscopischen Beobachtungen eine jedwede engere Beziehung der Nervenzellen in den Clark'schen Columnen zu den Hintersträngen bestreiten). Schliesslich gehört die mit Granulations-Zellen erfolgte Infiltrirung der ganzen Pia mater, des peripheren Theiles des Rückenmarkes, und der grauen Substanz der Hinterwurzeln, die sich in der ganzen Ausbreitung derselben manifestirte, den neuesten Phasen des Krankheitsverlaufes an.

Verf. will diesen Fall als *„adhäsive Meningo-myelitis"* auf Grund dieses micoroscop. Befundes auch desshalb benennen, weil hier eine Eiterbildung in und an der Pia gänzlich mangelte, wiewohl eine solche das Characteristikon der gewöhnlichen Meningomyelitischen Processe bildet.

Verf. stellt sich den Entwicklungsgang der Krankheit folgendermassen vor: Erst graue Degenerationen der hinteren weissen Stränge, damit im Einklange die 6 Jahre dauernden, als rheumatisch angenommenen Schmerzen. Fortschreiten der Entartung auf die hinteren Wurzeln und Hinterhörner; sodann die Veränderung der vorderen grauen Hörner und überhaupt der grauen Substanz; zuletzt die Granulationen, die acut auftretend, die Pia mater mit den peripheren Rückenmarkstheilen verlötheten und die graue Substanz fast ganz ausfüllten. —

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein).

---

212) **P. Guttmann** (Berlin): Ein bemerkenswerther Fall von inselförmiger, multipler Sclerose des Hirns und Rückenmarks.

(Zeitschrift für klin. Medicin. II. Bd. II. Heft.)

Agnes W., 47 J. alt, schwachsinnig, hat vor vielen Jahren einen schweren Fall auf den Kopf erlitten. Vollständige Anaesthesie der ganzen l. Körperhälfte, in der Mittellinie ziemlich scharf abschneidend; ausser der Haut ist l. cornea, l. Hälfte der Mundhöhlenschleimhaut, der Zunge und Nasenhöhle vollständig unempfindlich. Ebenso ist die Motilität links beeinträchtigt. Beim Gehen droht Pat. vornüber zu stürzen. Sehvermögen des l. Auges verloren, starke, weisse Verfärbung der Pupille, auch rechts etwas Verfärbung derselben. L. Auge nach innen gerollt — Lähmung des l. Abducens. Geruchsinn in der l. Nasenhälfte, Geschmacksinn auf der l. Zungenhälfte, Gehörvermögen auf dem l. Ohr verschwunden. L. facialis leicht paretisch, l. Hypoglossus ganz gelähmt. Zunge deviirt nach rechts. Rechte Seite des Hinterhauptes bei Beklopfen sehr empfindlich. Pat. verstellt beim Sprechen vielfach die Silben in den Worten und schiebt fast regelmässig die Silbe „ver" ein. Von Zeit zu

Zeit Schwindelanfälle und Erbrechen. Diagnose war bei der Vorstellung von Curschmann in der Berl. med. psychol. Gesellschaft 1877 von diesem entweder auf multiple Tumoren der Dura oder vielleicht auch auf multiple Sclerose gestellt, während Remak und Westphal die Krankheit für Hysterie hielten, dem Wernicke widersprach und namentlich auf Grund des Schwachsinns und der eigenthümlichen, aphasischen Sprachstörung die Annahme multiple Sclerose stellte.

Im weiteren Verlauf der Krankheit traten clonische Convulsionen ein, später Haemoptoë. Neuropathologische Erscheinungen blieben dieselben. Einmal trat ein apoplectischer Anfall auf, wonach Aphasie. Tod an Phthise.

Aus der Section heben wir hervor: Im Beginn der Lendenanschwellung des Rückenmarkes Substanz der Hinterstränge glasig grau; am auffallendsten ist die graue Färbung am unteren Theile der Lendenanschwellung. Microscopisch zeigte sich im Dorsalmark die ganze graue Substanz narbig geschrumpft. Ueber dem ganzen Querschnitt des R.-M.'s Entwicklung von welligen Bindegewebsfasern, Ganglienzellen grösstentheils degenerirt. Im Lendenmark ist fast der ganze Querschnitt degenerirt. Zellen der Vorderhörner durch narbiges Gewebe comprimirt.

Reichliche Flüssigkeit in den 3 Ventrikeln, Granulationen in denselben. Stria acusticae sind in sclerosirtes Ependym eingebettet. Beim Zusammenstossen der clavae des calam. scriptor. ein weisser Fleck, von Narbengewebe herrührend. L. Glosopharyng. — Vaguskern kleiner als der rechte, heller als normal. Vaguskerne bilden mehr als einen rechten Winkel zu einander. Microscopisch findet sich in Schnitten im unteren Drittel der Olive ein Herd aus fleckweise angehäuften Rundzellen und sclerosirtem Gewebe. Starke Gefässverdickungen, entzündliche Wucherung und Zellinfiltration der Pia mater. Am Boden des 4. Ventrikels weisser Fleck; er enthält Partien, wo fibrilläres Bindegewebe mit spindelförmigen Zellen und andere, wo Fettkörnchen sich befinden.

Die Lähmungserscheinungen, namentlich der Extremitäten, werden als Folge der verbreiteten Erkrankung des Rückenmarkes angesehen. Lähmung des l. Hypoglossus stimmt mit der Lage eines sclerot. Herdes im unteren Drittel der Olive, vielleicht ist hierdurch auch die Sprachstörung zu erklären (explosive Sprachweise, wie nach Typhus und Pocken) Schwachsinn ist durch die gefundene erhebliche Atrophie des Gehirns und Flüssigkeit in den Ventrikeln erklärt. Die typische, multiple Sclerose kennzeichnet sich durch den histolog. Befund, welcher die Nervensubstanz in Narbengewebe und welliges Bindegewebe umgewandelt zeigt. Um alle Erscheinungen zu erklären, nimmt Verf. noch einige, nicht aufgefundene Herde in der Markssubstanz des Grosshirns, im Pons und im hinteren Drittel der inneren Kapsel an.

Goldstein (Aachen).

---

213) **Senator** (Berlin): Apoplectische Bulbärparalyse mit wechselständiger Empfindungslähmung.

(Archiv. f. Psych. u. Nervk. 1881. XI., 3.)

Bei einem 56 J. alten Manne trat nach übermässigem Bier- und Weingenuss plötzlich ohne Bewusstseinsverlust Störung des Schlingvermögens, Veränderung der Stimme, Empfindungslähmung der linken Gesichts- und der rechten Rumpfhälfte, sowie der rechten Extremitäten ohne motorische Lähmung ein; dabei Neigung nach links zu fallen.

Die Section, die bei Lebzeiten des Pat. gemachte Diagnose bestätigend, ergab einen durch Thrombose im Bereiche der linken Vertebralarterie bedingten Erweichungsherd im äusseren und hinteren unteren Theile der linken Hälfte des verlängerten Marks; atheromatöse Entartung der Hirnarterien.

Die Krankengeschichte wie die angeschlossenen Erörterungen bieten eine Reihe interessanter Punkte.

Stenger (Dalldorf).

---

214) **Sioli** (Leubus): Ein Fall von combinirter Erkrankung der Rückenmarksstränge mit Erkrankung der grauen Substanz.

(Arch. f. Psych. u. Nervenk. XI., 3. 1881.)

Die Aufforderungen eines Referats werden erfüllt, wenn ich das vom Verf. selbst an der Spitze der Krankengeschichte und der mikrosk. Untersuchung gegebene Resumée wörtlich wiederhole:

Schwerer Fall drei Stockwerk hoch auf den Hinteren 1874. Bewusstlosigkeit. Vorübergehende Lähmung der Arme; Drei Monate dauernde Lähmung der Beine. Sensibilitätslähmung der oberen und unteren Extremitäten von einigen Wochen. Leidliche Rconvaelscenz und Arbeitsfähigkeit bis 1879; es bleibt nur leichtere Ermüdung der Beine zurück. Seit Anfang 1879 zunehmende Schwäche der Beine. Zeitweises Kribbeln in den Zehen, doch keine Sensibilitätslähmung. Im November Aufnahme ins Krankenhaus. Typische chronische Verrücktheit. Abmagerung, fast völlige Lähmung, Hyperästhesie der Beine. Kein Kniephänomen. Schwäche der Arme. Die Parese von Arm und Beinen rechts grösser. Blasencatarrh. Tod am 16. November 1879 an Pneumonie. Pachymeningitis pseudomembranacea cerebri partialis. Degeneratio grisea funicul. lateralium medullae spinal. cervicalis.

Microscop. Unters. 1.) der Hinterstränge: Degeneration des Kernes des zarten Stranges. Von da absteigende Erkrankung des zarten Stranges in seiner gewöhnlichen Begrenzung bis zum letzten Cervicalnerv, unregelmässiges, seitliches Uebergreifen in den Burdach'schen Strang. Im Brustmark Uebergang der Erkrankung auf die Mittelschicht zwischen medialem und lateralem Theile des Hinterstrangs; Abnahme der Erkrankung im Brustmark an Intensität und Ausdehnung; doch lässt sie sich an derselben Stelle bis ins Sacralmark verfolgen. Die Erkrankung zeigt sich zuerst an der Zwischensubstanz, die sich zu dichten Fasernetzen verdickt, darin liegen zahlreiche Körnchenzellen.

2.) Erkrankung der Seiten- und Vorderstränge: Intensive Erkr. der Kl. S. vom Lendenmark bis zur Med. obl., dagegen hört die Erkrankung da auf, wo sich die Kl. S. um die aufsteigende V. Wurzel herum in das corpus restiforme begiebt. Erkr. beider Pyr. S. vom Sacralmark bis zum unteren Theile des Halsmarks. Erkrankung der Pyr. V. vom Lendenmark bis zum II. Cervicalnerv. Die Erkrankung neigt zur diffussen Ausbreitung auch über die übrigen Rückenmarksstränge im oberen Dorsalmark.

3.) Erkrankung der grauen Substanz: Schwund der medialen Zellgruppe i. d. Vorderhörnern vom 4. Cervicalnerv bis ins Sacralmark. Erkrankung der gesammten grauen Substanz der Vorderhörner im mittleren Theil des Dorsalmarks. Schwund der Substanz und der Ganglienzellen der Clarke'schen Säulen durch das ganze Dorsalmark. Stenger (Dalldorf).

---

215) **Brown Sequard**: Divers resultats du tiraillement de la moelle cervicale.

(Progr. med. 1881. Nro. 5.)

Br. S. fand, dass Zerrung des Halsmarkes Herzstillstand bewirkt. Unmittelbar darauf wird das venöse Blut roth, was er als eine directe Wirkung des Nervensystems betrachtet. — Bei kleinen Thieren, deren Halsmark gezerrt wurde, beobachtete er allgemeine Anaesthesie, was sich bei grösseren Thieren wo das Experiment ungleich schwieriger auszuführen ist, weniger deutlich constatiren lässt.

Halbey (Bendorf).

---

216) **Bernhardt** (Berlin): Zur Pathologie der Tabes dorsalis.

(Virchow's Archiv für pathologische Anatomie. 84. Bd. 1. H.)

Verf. hat 58 ausgewählte Fälle von constatirter Tabes dorsalis zum Zwecke der Eruirung der Häufigkeit des Vorkommens der wichtigeren Symptome zusammengestellt. Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, dass das Fehlen des Kniephaenomens als das constanteste Symptom der Tabes anzusehen ist. Hieran schliessen sich rücksichtlich der Häufigkeit des Vorkommens die Ataxie, das Ermüdungsgefühl, das Schwanken bei geschlossenen Augen, die Sensibilitätsstörungen, lancinirende Schmerzen und die Blasenschwäche an. Die von G. Fischer angenommenen engeren Beziehungen zwischen dem Fehlen der Sehnenreflexe, Störungen in der Schmerzleitung und der Blasenfunction konnte B. nicht finden. Ebenso wenig konnte er ein constantes Verhältniss zwischen den Sehnen- und Hautreflexen nachweisen. Das von Erlenmeyer hervorgehobene Symptom von erheblichen Verdauungsbeschwerden vor Beginn der manifesten tabischen Erkrankung wurde zweimal, die sogenannten Crises gastriques dreimal beobachtet.

Rücksichtlich der Aetiologie der Tabes namentlich was die Beziehung der in Frage kommenden Krankheit zur Syphilis betrifft, wiederholt Verf. seine schon früher ausgesprochene Ansicht, dass Ueberanstrengung, Durchnässung und Erkältung gegenüber der syphilitischen Infection von entschieden hervorragender Bedeutung sind. Eickholt (Merzig).

---

217) **M. Bernhardt** (Berlin): Zur Pathologie und Therapie des Facialis-Krampfes.

(Zeitschr. f. klin. Medicin Bd. III. H. 1.)

Die von Verf. mitgetheilten 6 Fälle von Facialiskrampf sind dadurch ausgezeichnet, dass die Affection einseitig, die Gaumenmusculatur unbetheiligt und abnorme Speichelsecretion nicht nachweisbar war. Sensible oder vasomotorische Störungen fehlten, ebenso Symptome einer centralen Affection. Die electrische Erregbarkeit war unverändert, die Anwendung des constanten und faradischen Stromes erfolglos. In zwei Fällen cessirten die krampfhaften Zufälle für längere oder kürzere Zeit, in dem einen Falle im Anschluss an eine schmerzhafte Entzündung der Conjunctivalschleimhaut.

Die Erfolglosigkeit anderer therapeutischer Versuche und die überraschenden Erfolge der „Nervendehnung“ gaben Veranlassung die letztere Operation bei zwei Kranken in Anwendung zu ziehen. In dem einen Falle hatten die am Tage nach der Operation wieder auftretenden Krämpfe an Intensität verloren, bestanden aber fort, von stundenlangen Pausen unterbrochen. Zwei Jahre nach der Operation konnte zwar von einem Erfolge die Rede sein, doch war derselbe nicht bedeutend genug, als dass er den Kranken hätte veranlassen können sich einer zweiten ähnlichen Operation zu unterziehen. In dem anderen Falle hatte sich nach Dehnung des Temporo-Oculirastes sowie des Ramus Zygomaticus eine Lähmung der Stirn-, Augen- und Nasenäste des Facialis ausgebildet, während für die Lippen- und Kinnäste eine Parese und nur unvollkommene Unterdrückung der unwillkürlichen Zuckungen zurückblieb. Nach 2 Monaten waren die operativ gesetzten Lähmungserscheinungen rückgängig geworden, zugleich aber auch die unwillkürlichen Zuckungen wieder aufgetreten, die bei activen Bewegungen zunahmen; nach 4 Monaten war der Fasialiskrampf fast ganz in der früheren Stärke zurückgekehrt nur minutenlang oft $1/4$ Stunde lang blieb er aus.

Zur Würdigung der in diesem Falle im Anschluss an die Dehnung resp. Quetschung der Nerven auftretenden Lähmung als Heilresultat weist B. auf die Thatsache hin, dass als Folgezustand schwerer Facialislähmungen Contracturen, Zuckungen und Mitbewegungen gewissermassen „physiologisch“ sich einstellen können. Weitere Erfahrungen werden erst gestatten ein definitives Urtheil über die Wirksamkeit der Nervendehnung bei krampfhaften Zuständen im Gebiete des Nervus facialis abzugeben. Die bisher veröffentlichten Fälle von *Baum*, *Schüssler* und *Eulenburg* fordern zu weiteren Versuchen in der angegebenen Weise auf.

Eickholt (Merzig).

---

118) **Leloir Henri** (Paris): Contribution à l'étude des affections cutanées d'origine trophique. (Trophische Hautkrankheiten).

(Arch. de Physiol. norm. et pathol. 1881. 3. H.)

Nachdem für gewisse Hautkrankheiten als Herpes zoster, Pemphigus (verg. pag. 230), Lepra u. s. w. der Zusammenhang mit pathologischen Veränderungen im Nervensystem bereits nachgewiesen

ist, hat L. es unternommen auch andere Dermatosen in dieser Beziehung zu prüfen. — Er fand, dass sich in gewissen Fällen von Vitiligo, Ichthyosis und Ecthyma degenerirte Nervenfasern in den Hautnerven sowohl, als auch in den hinteren Nervenwurzeln nachweisen lassen. — Da er ausserdem die von manchen Seiten ausgesprochene Ansicht — es fänden sich normalerweise in den Nervenwurzeln und peripheren Nerven degenerirte Fasern — trotz genauer Nachuntersuchung nicht bestätigen konnte, so glaubt er sich berechtigt anzunehmen, dass die angeführten Hautkrankheiten als trophische aufzufassen, und in einer Erkrankung der trophischen Nervencentren, welche die betreffenden Hautnerven versorgen, begründet seien. Obersteiner (Wien).

---

219) **O. Kahler** (Prag): Ein Fall von beschränkter neurotischer Atrophie im Gesichte.

(Prag. med. Wochenschr. 1881. Nr. 6 u. 7.)

Verf. stellte den betr. Fall in der Sitzung des Vereins deutscher Aerzte vor, er betraf einen kräftigen Mann von 56 Jahren, der völlig wohl war und nur von Zeit zu Zeit an leichten Schwindelanfällen litt. Difformität am Stirntheil der rechten Schädelhälfte. Querbogen von einer Ohröffnung zur anderen 34,5 Ctm. davon fallen auf die r. Hälfte 16,5, auf die l. 18. Mässig tiefe, aber breite Furche am os frontale und parietale, sie hat eine Länge von 12 Ctm., über dem Augenhöhlenrande eine Breite von kaum 1 Ctm., in der Mitte der Stirn von 2 Ctm., in der Höhe der Kranznaht von 5 Ctm., dann verschmälert sie sich weiter aufwärts wieder. Beim Percutiren hat man die Empfindung einer dünneren Knochenplatte; die Haut über der Knochenvertiefung ist verdünnt und verfärbt, gelblichweiss marmorirt. Haare fehlen hier, aber auch an den anderen Theilen der Kopfschwarte. Musc. front. und corrug. supercil. bedeutend weniger entwickelt, als links; rechte Nasen- und rechte Zungenhälfte erscheinen schmäler als die linke. Störungen der Hautsensibilität in der atrophischen Parthie nicht vorhanden. Was die Entstehung anbetrifft, so erzählt Patient, dass in seinem 10. Lebensjahre eine Verfärbung der Haut an der Haargrenze der r. Stirngegend entdeckt sei. Bald darauf Knochenvertiefung an jener Stelle, die sich allmälich ausbreitete. Die Entwiclung war schmerzlos; im 31. Jahre Kopfschmerzen, die sich nach Kaltwasserkur verloren haben, vor 10 Jahren Sehstörung im l. Auge, die als Glaskörperblutung erkannt wurde. Für die Auffassung des Verf.'s spricht die Art der Entwicklung, das *Nichtüberschreiten* der Mittellinie, die Beschränkung auf einen Theil des Nervengebietes des ram. I nervi trigemini. Verf. hält an der neurotischen Natur hieher gehöriger Fälle fest, weil sich an Neuralgien und anderen Nervenerkrankungen trophische Störungen anschliessen, die mit der Hemiatrophia facialis Aehnlichkeit haben, weil ferner die Localisation meistens auf gewisse Nervengebiete beschränkt bleibt. Ferner kommen motorische und sensible Erscheinungen in den von Atrophie befallenen Nervengebieten vor und es hat das Experiment

ergeben, dass atrophische Erscheinungen, namentlich der Knochen, nach Nervendurchschneidungen eintreten und endlich zeigen einige Fälle anamnestisch ein vorausgegangenes Schädeltrauma. Für den Verf. hat es am meisten Wahrscheinlichkeit, den Sitz der Erkrankung im Centralnervensystem zu suchen.

Goldstein (Aachen.)

---

220) **Mommsen** (Heidelberg): Beitrag zur Kenntniss von den Erregbarkeitsveränderungen der Nerven durch verschiedene Einflüsse, insbesondere durch „Gifte". I. Theil.

(Virchow's Archiv f. pathol. Anatomie pp. 83. Bd. 2. Heft.)

Verf. experimentirte am überlebenden und ausserhalb des Organismus vergifteten Nervunterschenkelpräparate des Frosches. Die Gründe, welche für ihn massgebend waren, nicht am lebenden Thiere Versuche anzustellen, bestehen darin, dass die Gefässarmuth des N. ischiadicus den Zutritt einer im Blute kreisenden Substanz zu demselben erschwert und anderseits die Erregbarkeit des durchschnittenen oder undurchschnittenen Nerven durch verschiedene Nebenumstände beeinflusst wird. Die Präparate werden in 0,6% ClNalösung conservirt und die letztere auch als Vehikel für die Applikation der Giftstoffe benutzt. Die weitere Beschreibung der Untersuchungsmethode ist im Original nachzusehen. Rücksichtlich der Erregbarkeitsveränderungen, welche das überlebende Präparat betreffen, konnte Verf. weder das Ritter-Valli'sche noch das Nysten'sche Gesetz in der bekannten allgemeinen Form bestätigen, da seine Versuche ergaben, dass der Nervenstrom am centralen Ende des Nerven (nach Verlust der negativen Schwankung) immer stärker ist wie am Kniekehlenende; anderseits gelang es ihm häufig noch negative Schwankung des Nervenstroms nachzuweisen, nachdem die Todtenstarre der gesammten Musculatur eingetreten war. Unter Hinweis auf die Thatsache, dass der centrale Querschnitt die Grösse der negativen Schwankung in gleicher Weise wie die Erregbarkeit verändert, folgen die Resultate der Versuche.

I. Atropin. sulfur.

„Das Atropin setzt die Erregbarkeit aller Theile des peripherischen motorischen Apparates herab, bei genügender Stärke und Dauer der Einwirkung bis auf Null, ohne dass ein Stadium erhöhter Erregbarkeit vorhergeht. Unter Zugrundelegung der Engelmann'schen Anschauungsweise müssen wir sagen, dass die Herabsetzung der Erregbarkeit auf einer Erschwerung der Reizübertragung von Zelle auf Zelle, auf einer Erschwerung resp. Aufhebung des Zellencontacts beruht. Diese Behinderung der Reizübertragung tritt bei weitem am leichtesten und frühesten an dem intramusculären Nervenapparate ein, viel schwerer am Nervenstamm und Muskel, so dass in einem gewissen Stadium der Vergiftung des Praeparats eine curareartige Wirkung vorhanden ist". —

Auf Grund der gefundenen Wirkung des Atropins dürfte die Atropiumydriasis als ein rein passiver Vorgang anzusehen sein, wobei irgendwelche Erregung nervöser oder musculärer Apparate

ausgeschlossen ist. Rücksichtlich der bei der Atropinvergiftung auftretenden psychischen Störungen werden wir mit der Annahme der so beliebten *Erregung* bestimmter Hirnpartien vorsichtig sein müssen. — Die Indicationen für die Verwendung der Belladonapraeparate stehen mit der beschriebenen Grundwirkung des Atropins in vollständigem Einklang.

II. Alkohol; Aether und Chloroform.

„Die 3 genannten Substanzen haben in ihrer Wirkung das Gemeinsame, dass sie die Erregbarkeit der motorischen Nerven nach einem länger oder kürzer dauerndem Stadium der Erhöhung derselben bis zum völligen Verschwinden herabsetzen. Die Aufhebung der Erregbarkeit ist eine vorübergehende Erscheinung, d. h. die Erregbarkeit stellt sich nach Entfernung der giftigen Substanz mehr oder minder rasch und mehr oder minder vollständig wieder her.“

Bei Anwendung einer *schwachen* alkoholhaltigen ClNalösung ist die Erhöhung der Erregbarkeit erheblich und lange anhaltend, bei Anwendung einer *stärkeren* Lösung ist sie intensiver und rascher ansteigend, um dann schnell zu sinken. Die Intensität des Nervenstroms ist vermindert, eine Erscheinung, die bedingt ist durch eine Vermehrung der Widerstände und eine Verringerung der electromotorischen Kraft. Die letztere stellt sich nach Entfernung des Alcohols aus dem Nerven, wieder her. Das Erregungsstadium bei Anwendung von Aether ist weniger deutlich ausgesprochen wie bei Vergiftung mit Chloroform.

Die Einwirkung der geschilderten Substanzen auf die peripherische Nervenfaser hat mit den Gesammtvergiftungserscheinungen grosse Aehnlichkeit. Zur Erklärung des Zustandekommens der Narkose wird es nicht nöthig sein eine Alteration in der (uns unbekannten) Thätigkeit der Ganglienzellen anzunehmen, da wir mutatis mutandis die beschriebene Einwirkung des Narkoticums auch für die Nervenfasern der Centralorgane voraussetzen dürfen. Die Beantwortung der Frage, *wie* die Leitungsveränderungen in den Nervenfasern zu Stande kommen, ist zur Zeit nicht möglich.

Eickholt (Merzig).

---

221) **Joffroy A.**: De la trépidation épileptoide. Sur le réflex tendineux dans la paralysie générale. (Ueber Spinalepilepsie. Ueber Spinalreflexe in der Dementia paralytica.)

(Arch. de phys. norm. et pathol. 1881. 3. H.)

J. hat schon vor Jahren darauf aufmerksam gemacht, dass es in einzelnen Fällen gelingt, lediglich durch Reizung der Hautnerven die Erscheinung der Spinalepilepsie hervorzurufen. Da seine damaligen Aeusserungen vielfach missverstanden worden sind, so betont er hier ausdrücklich, dass dies nur in einzelnen Ausnahmsfällen gelinge, für den Patellarreflex überhaupt nicht gelte, und dass seiner Meinung nach beide Arten von Reflexen von einer Reizung der sensorischen Muskelnerven ihren Ausgang nehmen.

In dem zweiten kleinen Aufsatze theilt J. einen Fall von Dementia paralytica mit, in welchem Mangel des Patellarreflexes einer der ersten Krankheitssymptome gewesen war. Er untersuchte auch eine Anzahl weiterer mit Dementia paralytica behafteter Kranken, und fand bei einigen den Patellarreflex erhalten, oder sogar verstärkt, während andere, und zwar diejenigen, welche ausser cerebralen auch spinale Symptome darboten, einen vollständigen Mangel des Kniephaenomens zeigten.

Obersteiner (Wien).

---

222) **Sepilli, G.**: J Riflessi tendineï negli alienati. (Sehnenreflexe bei Geisteskranken.)

(Archiv ital. p. l. mal. nervose 1880. 6 H.)

Verf. hat den Patellarreflex und das Fussphaenomen an 170 Geisteskranken untersucht, und gefunden, dass das Kniephaenomen fehlen kann, ohne dass tabetische Erscheinungen sich nachweissen liessen, und dass es in den Aufregungszuständen häufiger gut entwickelt ist, als in den Depressions- u. Schwächezuständen.

Eine Steigerung der Sehnenreflexe lässt sich nicht nur in allen Fällen von cerebraler Hemiplegie, sondern nicht selten auch schon wenige Stunden nach dem Eintritte der Hemiplegie constatiren.

Bei ausgedehnter Degeneration der Hinterstränge in der Lumbargegend verschwinden die gedachten Sehnenreflexe vollständig. Die Sehnenreflexe gehören zu den spinalen Reflexen, doch scheint ihr Reflexbogen nicht mit demjenigen für die Hautreflexe identisch zu sein.

Obersteiner (Wien).

---

223) **Russell**: Mysophobia. — Melancholia with Filth Dread. — Mania contaminations.

(The Alienist and Neurologist. Vol. I. pg. 529 ff).

R. theilt einen Fall von primärer Verrücktheit mit, deren Hauptäusserung eben die durch obige Synonyma gemeinte Berührungsfurcht oder specieller „Furcht vor Beschmutzung“ war. Es handelt sich um einen 47jährigen erblich stark belasteten, geistig hoch veranlagten und allseitig gebildeten Mann, der, als ihm ein Bruder plötzlich in seinen Armen stirbt, traurig verstimmt wird, an Schlaflosigkeit und der Vorstellung erkrankt, dass seine Hände schmutzig sind und von Allem schmutzig werden, was er berührt.

R. gab als Hypnotica Camphora monobromat., kalium. brom., Chloralhydrat., Morph., Bellad., Hyoscyam., jedes Mittel für sich oder auch combinirt, daneben wurde Chinin, Strychnin, Eisen und Soda gegeben. Besonderes Gewicht legt R. auf die moralische Behandlung: Er liess Pat. sich waschen, so oft dieser wollte, stellte ihm aber vor, wie er (Pat.) urtheilen würde, wenn er andere so handeln sähe.

Der Kranke wurde geheilt (?), erkrankte bald wieder und zwar hartnäckiger als früher. Nach einer weiteren Remission und aberma-

ligem Relaps wurde Pat. nach Europa auf Reisen geschickt und blieb gesund. —

R. betont, wie ungünstig in solchen Fällen die Versetzung in gewohnte Umgebungen auf die Besserung und Heilung einwirkt.

Waehner (Creuzburg).

---

224) **Dean and Hughes**: Arrested prodromal insanity with auditory hallucinations and auto-mysophobia.

(The Alienist und Neurologist Vol. II. pg. 25 ff.)

Der Fall ist ein Gegenstück zu dem eben geschilderten. Ein 24jähriger Arbeiter erkrankt plötzlich mit der Vorstellung, dass er schlecht rieche, stinke, mit intensiven Hallucinationen des Geruchs und Gehörs: Er riecht dass er stinkt, und hört, dass sich die Leute darüber aufhalten. Nach einer kurzen Remission und einem schwereren Relaps wird er ungeheilt entlassen. Verf. nennt jene Vorstellung des Pat., dass er selbst schmutzig sei „Auto-mysophobia" im Gegensatze zu der Mysophobia, der Furcht sich an Anderem zu beschmutzen. Er glaubt die Ursache sei möglicherweise eine Verstopfuug der tuba Eust. eine Erkrankung des Mittelohrs und eine Gefässstörung des Hörcentrums im Gehirn. Anfangs sei möglicherweise eine Erkrankung der Schneider'schen Membran vorhanden gewesen.

Waehner (Creuzburg).

---

225) **Spitzka**: Race and insanity.

(Journal of Nerv. und Ment. Dis. Chicago. New. Ser. Vol. V. pg. 513.)

Verf. kommt auf Grund seiner in den Jahren 1874/78 sorgfältigst ausgeführten statistischen Erhebungen über den Einfluss der Race auf Entstehung und Verlauf des Irreseins zu folgenden Schlüssen:

„Im Ganzen kommen die verschiedenen Formen des Irreseins bei der „angelsächsischen, deutschen, celtischen und jüdischen Race" fast in demselben Verhältnisse vor. Die allgemeine Paralyse ist am häufigsten bei den Angelsachsen, am seltensten bei den Negern. Die Melancholie ist am häufigsten bei Individuen deutscher Abstammung. Die Neigung zum terminalen Blödsinn ist bei den Angelsachsen grösser als bei den Deutschen und Celten. Die Formen, zu denen erbliche Belastung prädisponirt, sind am häufigsten bei den Juden. Da nun terminaler Blödsinn und der Einfluss der Erblichkeit die Hauptursachen des Anwachsens der Zahl unserer Irren ist, so kömmt auf Juden und Angelsachsen der höchste Procentsatz an Irren."

Waehner (Creuzburg).

---

226) **Hughes**: Problems in Psychiatry for the family physician.

(The Alienist und Neurologist Vol. II. pg. 28 ff.).

Da die Prognose der psychischen Krankheiten wesentlich von der möglichst frühen Erkennung und Behandlung der letzteren abhängt, so wird es eine Hauptaufgabe des Arztes, der den Beginn

der psychischen Erkrankung meist allein zu beobachten die Gelegenheit hat, i. e. des Hausarztes sein, sich in Zukunft durch eine speciellere Beschäftigung mit der Psychiatrie die Fähigkeit zu erwerben, Psychosen in ihrem Beginn zu erkennen und zu behandeln. Von diesen beiden „Problemen", der Diagnose und der Behandlung, bespricht H, in extenso die letztere, soweit sie eben der Hausarzt „zu Hause" zu leiten hat.

Von dieser Behandlung in der Familie will H. von vorneherein ausgeschlossen wissen die von uns officiell als „gemeingefährlich" bezeichneten Kranken; gegen diese Behandlung sprechen oder sind doch sehr in Betracht zu ziehen berechtigte und unberechtigte Antiphatien des Pat., die pecuniären Verhältnisse, Nahrungsverweigerung, Schwierigkeit der ärztlichen Visite und Behandlung. Für die Behandlung in der Familie fallen oft ins Gewicht der mit der Ueberbringung des Kranken in eine Anstalt verbundene Verlust freier Verfügung und das noch hie und da bestehende Vorurtheil, dass die Geisteskrankheit eine Schande oder eine Strafe Gottes sei. In zweifelhaften Fällen muss der Rath des Specialisten ausschlaggebend sein; kann ein solcher nicht consultirt werden, so ist es besser, dass der Kranke möglichst bald einer Anstalt übergeben wird.

Von den psychisch Kranken nun, die nach H.'s Dafürhalten meist zu früh oder unnöthiger Weise in die Anstalt gebracht werden, führt er auf: Puerperal-, Graviditäts- und Lactationspsychosen, fernerhin allgemeine Paralyse, acute Verwirrtheit bei bestehendem Krankheitsbewusstsein, Delirium tremens, senile Demenz, Psychose bei frischer Hemiplegie oder Paraplegie, Psychosen bei vorgeschrittener oder allgemeiner Tuberculose, Fälle von Melancholie, die von geringer Intensität oder als Reflexpsychosen aufzufassen sind.

Bei den einzelnen Psychosen führt H. aus, bis zu welchem Zeitpunkte er die Behandlung in der Familie oder allgemeiner ausserhalb der Anstalt für angezeigt hält; meist wird der Zeitraum von 4—6 Wochen entscheiden, ob die Genesung zu Hause wahrscheinlich ist; verschlimmert sich der Zustand, oder ist Schlaflosigkeit oder Nahrungsverweigerung vorhanden, so darf der Versuch, den Kranken zu Hause zu behandeln, nicht länger als die Hälfte oder ein Drittel jenes Zeitraums dauern.

Waehner (Creuzburg).

---

227) **Hughes:** Impending periodic mania.

(The Alienist and Neurologist. Vol. I. pag. 525 ff.)

Es handelt sich um einen Fall von beginnender oder „drohender periodischer Manie", deren volle Entwicklung H. durch geeignete Behandlung hintangehalten haben will. Der 14jährige, erblich kaum belastet zu nennende Kranke war seit seinem siebenten Jahre leicht erregbar und schreckhaft; schwere Malaria-Infection, Masturbation und schnelles Wachsthum wurden wohl Ursachen der sich entwickelnden Psychose. Nachdem der Kranke eine Woche lang abnorm still gewesen war, eine grosse Apathie, vorübergehendes „In- sich- versunken sein", Trägheit im Sprechen und Gehen, eine Art Anthro-

phobie aber ohne Blödigkeit, bei Verstopfung und Schlaflosigkeit gezeigt hatte, trat ein Zustand auffallender Geschäftigkeit und Beweglichkeit ein, in dem er andere Kinder quälte und ärgerte. Nach einiger Zeit machte der zuletzt geschilderte Zustand dem ersten wieder Platz u. s. f. mehrmals. Zeichen für Chorea oder Epilepsie oder Idiotie nicht vorhanden.

Es wurde anfangs Chinin, Kali arsenic., ein Mercurial-Laxans gegeben, ausserdem täglich 5 Minuten lang mit dem quer durch den Kopf geleiteten electr. Strom auf das Gehirn einzuwirken versucht. Später wurden Kalium bromat. in grossen Dosen, Ergotin, Kali arsenic. Laxantia, wöchentlich einmal Chinin, nach eingetretenem Bromismus, eine Mixtur von Calc. brom., calc. lacto-phosph. und Liq. kali arsenic., bei Schlaflosigkeit Chlorolhydrat gegeben.

Bei dieser Behandlung besserte sich der Zustand schnell; die drohende schwerere Psychose erschien abgewendet.

Waehner (Creuzburg).

---

228) **Villard** (Guéret): Delirium tremens — Insuccès du chloral et de l'opium; guérison par le haschisch.

(Progr. med. 1881. Nro. 8.)

Haschisch ist nach Fronmüller ein Mittel, welches einen Schlaf hervorruft, der dem natürlichen sehr ähnlich sei. Auf die Empfehlung von Cummy, Donoud und Tyrel zog Verf. das Mittel bei einem an Delirium tremens mit sehr heftiger Aufregung, unaufhörlichen Bewegungen, starkem Tremor, sehr beschleunigtem Pulse und intensiven Gesichts- und Gehörstäuschungen leidenden Manne in Gebrauch, nachdem ihm 5 gramm Chloral in 10 Stunden und „Extrait thebaique“ 0,15—0,20 in 12 Stunden 2 Tage lang verabreicht in Stich gelassen hatten. Nachdem das Mittel in Lösung (0,5 : 120), stündlich einen Esslöffel voll ein Tag vergeblich angewandt worden war gab er stündlich die doppelte Dosis, worauf nach dem Gebrauch von 0,35Extr. Haschisch in 4 Stunden Schlaf eintrat und der Puls auf 84 herabsank. Hieran schloss sich unmittelbar vollständige Genesung an, ohne dass eine Prostration, wie sie nach grossen Dosen Opium beobachtet wird, zurückgeblieben wäre. Müdigkeit in Armen und Beinen war das einzige Symptom welches noch einige Zeit fortbestand.

Halbey (Bendorf).

---

229) **Seppilli, G. & Riva, G.**: La Josciamina nelle malattie mentali (Die Anwendung des Hyosciamins bei Geisteskranken).

(Arch. ital. p. l. mal. nerv. 1880. 6. H.)

Das amorphe Hyosciamin hat sich als wirksamer und verlässlicher wie das krystallisirte erwiesen. Bei hypodermatischer Anwendung kleiner Dosen (0,002 — 0,004) wurde Mydriasis, Beschleunigung des Pulses und meist auch der Athmung constatirt; nach grösseren Dosen bis 0,01 traten auch motorische Erscheinungen, als allgemeine Muskelschwäche, Schwanken, Unsicherheit der Bewegungen hinzu. Als eigentliches Heilmittel in Aufregungszuständen kann das Hyosciamin wohl nicht angesehen werden, doch kann ihm eine

beruhigende Wirkung (0,005 — 0,01 subcutan) welche durch mehrere Stunden anhält, nicht abgesprochen werden. Da es dem Kranken leicht beizubringen ist, und an der Einstichsstelle niemals Abscesse auftreten, so verdient es wenigstens in gewisser Beziehung den Vorzug vor dem Chloral, und dürfte sich besonders dann empfehlen, wenn es sich darum handelt, eine vorübergehende Beruhigung zu erzielen, wie z. B. beim Transport eines aufgeregten Kranken aus seiner Wohnung in die Anstalt.

Obersteiner (Wien).

---

231) **Kohn** (Göttingen): Ueber Coupirung von „Anfällen" chronisch Geisteskranker durch Chinin-Injectionen und Bromkalium.

(Arch. f. Psych. u. Nerv. 1881. XI., 3.)

An der Hand mehrerer eigener Beobachtungen liefert Verf. den Beweis, dass nicht durch methodische, sondern durch periodische, und dann energische Anwendung dieser beiden Mittel bei den von Zeit zu Zeit auftretenden Erregungszuständen der chronisch Geisteskranken (Epilepsie, Verrücktheit, periodische Manie) höchst günstige Resultate erzielt werden. Die Mittel wurden im Beginn der Erregung, beim Eintritte der Vorboten, als welche Verf. besonders kleinen Puls, Zittern der Zunge, der Finger, Veränderung in der Pupillenweite hervorhebt, gegeben, und zwar Bromkalium in Dosen von 2—8 Gramm 2—3 mal täglich während 1 oder 2 Tage, Chinin in Form einmaliger subcutaner Injection von 0,8 Gramm. Die Chininlösung wird vor dem Gebrauche erwärmt. Bedenkliche Nebenerscheinungen wurden niemals beobachtet.

Stenger (Dalldorf).

---

231) **Tebaldi, Aug.** (Padova): Eccentricità del Carattere in rapporto alla capacità a testare. (Testirfähigkeit eines Sonderlings.)

(Padua 1881. 74 Seit.)

Ein sehr eingehendes Gutachten über einen recht interessanten Fall bildet die grössere Hälfte des vorliegenden Werkchens. — Es handelt sich vor Allem darum zu entscheiden ob Graf A. R. der von jeher körperlich und geistig ein Wenig zurückgeblieben war an convulsivischen Anfällen gelitten hatte, später ein menschenscheues zurückgezogenes und absonderliches Benehmen zeigte, nebstbei auch dem Genuss alcoholischer Getränke in ziemlichem Maasse ergeben war sich im Zustande ungestörter Zurechnungsfähigkeit befand, als er das letzte seiner Testamente abfasste.

Als Einleitung zu diesem Gutachten bespricht der Verf. jene Fälle, in denen die Testirfähigkeit eines Individuums angezweifelt wird, ohne dass eine ausgesprochene Geisteskrankheit nachzuweisen wäre, vorzüglich auch jene Fälle, in denen der Inhalt des Testamentes sonderbar, ungewöhnlich erscheint, und auf ein verschrobenes, excentrisches Wesen des Testators zurückschliessen lässt, wohin eben auch der dann ausführlich mitgetheilte Fall gehört.

Obersteiner (Wien).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; freie Station I. Classe, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 Mark. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 Mark freie Station. 3) Halle a. Saale, a. II. Volontärarzt, 1050 M. fr. Stat. b. Assistenzarzt an der psychiatr. Klinik, 8. Juni, 1500 Mark u. fr. Station. 4) Owinsk (Posen) a. II. Arzt 3000 Mark und freie Familienwohnung. b. Assistenzarzt, 2000 M.: freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 5) Leubus, Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat. 6) Marsberg, a. Volontairarzt sofort, 600 Mark, fr. Stat.; b. Assistenzarzt, 1. März 1200 M., freie Station, für Beide Bedingung: kath. Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 7) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 Mark, fr. Stat. 8) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1200 M., fr. Stat. 9) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) Volontairarzt, sofort, 450 + 600 Mark, fr. Sat. 10) Grafenberg (Düsseldorf), a) Volontairarzt sofort; 600 Mark, freie Station. b) II. Arzt und stell. vertr. Director, 1. Juli, 3000 Mark, Familienwohnung, Garten, Heizung und Beleuchtung. Meldung an den Landesdirector Frhr. v. Landsberg in Düsseldorf. 11) Düren (provincst. Irrenanstalt) II. Arzt und stellvertr. Director, 1. October. Gehalt, Meldung etc. wie bei Grafenberg. 12) Sorau (Brandenb. Land-Irrenanstalt), Assistenzarzt 1. Juli, 1500 M., möblirte Wohnung, fr. Station I. Classe. Heizung. Beleuchtung und Arznei. 13) Dalldorf (Berlin) a) 2. Assistenzarzt; 1200 M. freie Station und Wohnung b) 2 Volontairärzte, baldigst, 600 M. fr Stat. Meldungen an das Curatorium der Irrenanstalt der Stadt Berlin. 14) Bendorf bei Coblenz, Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt, Assistenzarzt, 1500 M. fr. Stat. 15) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Creutzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Krossen (Frankfurt a. O.), Königsberg i. Fr. (Coburg), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Marienburg (Hildesheim), Minden (Minden), Münsterberg (Breslau), Osterode (Königsberg), Sensburg (Gumbinnen), Schönau (Liegitz), Stuhm (Marienwerder), Worbis (Erfurt), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Ernannt. Privatdocent Dr. Grützner in Breslau zum ausserordentl. Professor. Dr. Herrendörfer in Skaisgirren zum Physicus des Kreises Ragnit.

Ehrenbezeugungen. Geh. San.-Rath Dr. Levinstein, Ritter hoher Orden zu Schöneberg erhielt den Russ. St. Annenorden II. Classe.

Todesfall. Geh. Hofrath Dr. Schürmayer in Freiburg in B.

IV. Anzeige.

Druck von Philipp Werle in Coblenz, (Entenpfuhl 12).

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.
Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. **1. Juli 1881.** **Nro. 13.**

INHALT.

I. Originalien.

I.
Zur Dehnung der Ischiadici bei Tabes dorsalis.

Von
H. SCHÜSSLER
in Bremen.

Auf die Kritik des Herrn Professor Erb in Nro. 12 dieses Blattes habe ich sachlich vorläufig nur zu erwidern, dass mein Patient täglich 6—8 Stunden auf den Beinen ist und 3 Stockwerk hoch auf dem Baugerüst herum steigt.

II.

Ein Mittel „Katalepsie" zu erzeugen.

Von

Dr. GEO. RICHTER.

Wie es scheint, giebt es ein Mittel, durch welches man künstlich Katalepsie hervorrufen kann. Da ich selbst nicht in die Lage gekommen bin, bezügliche Experimente anzustellen, will ich hier mittheilen, was ich darüber erfahren habe, mit dem Wunsche, dass von competenterer Seite Untersuchungen angestellt werden möchten. — Einer der geachtetsten Naturforscher und Aerzte Californien's Herr Dr. H. Behr in San-Francisco, forderte mich auf, in Panama die Wurzel der *Passiflora quadrangularis* (eine verbreitete Liane Central-Amerika's) mir zu verschaffen, um seine Beobachtungen über deren pharmacologische Bedeutung fortzusetzen. Er theilte mir dabei mit, dass er bei einem früheren Aufenthalt ebenda mit einem Infus des Rhizoms an Eidechsen experimentirt habe. Er beobachtete, dass nach Einflössen einiger Tropfen desselben die Eidechsen in einen echten cataleptischen Zustand verfielen. Ohne Widerstand konnte er sie in die verschiedensten Stellungen bringen. Schliesslich liess er sie mit einer Zehe an der Hängematte hängen und nach Verlauf einer bestimmten Zeit, jedesmal entsprechend einer gewissen Frist seit Einflössung des Medicamentes, erwachten sie, fielen auf den Boden und liefen, scheinbar ganz gesund, davon. Herr Dr. Behr vermuthet, das Medicament könnte sich als ein werthvolles Narcoticum, vielleicht auch als ein Heilmittel gegen Tetanus bewähren. Die gen. Liane gilt bei den Eingebornen als höchst giftig und wird von ihnen sorgfältig gemieden. Klimatische Verhältnisse verhinderten mich leider am Aufsuchen jener Liane, aber ich höre, dass sie in europäischen botanischen Gärten vertreten ist, so dass es nicht schwer fallen dürfte, einige Versuche zur eventuellen Bestätigung dieser interessanten Mittheilung Herrn Dr. Behr's anzustellen. —

II. Referate.

332) **G. M. Beard**: Die Nervenschwäche (Neurasthenia), ihre Symptome, Natur, Folgezustände und Behandlung.

Nach der 2. Auflage ins Deutsche übertragen von San.-Rath Dr. M. Neisser in Breslau.

(Leipzig, 1881. F. C. W. Vogel.)

Die deutsche Uebersetzung von Beard's „Neurasthenia" begrüssen wir mit Freude und dies aus verschiedenen Gründen. Die Wichtigkeit des Gegenstandes ist sehr gross und das Wissen von ihm unter den Aerzten sehr klein. Dass die Aerzte im Allgemeinen sehr wenig von der Neurasthenia wissen, geht sowohl aus der Dürftigkeit der Literatur, als aus der Erfahrung hervor, dass Fälle von N. fast regelmässig falsch beurtheilt und falsch behandelt werden.

Was zunächst die Literatur angeht, so dürfte es sich vielleicht verlohnen, genauer zu untersuchen als es bisher geschehen ist, wie weit die Kenntniss dessen zurückreicht, was wir heute Nervenschwäche, nervöse Erschöpfung, Nervosität nennen. Der einzige (soweit mir bekannt), welcher über alte Literatur etwas beibringt und verschiedene, z. Th. nicht sehr beweiskräftige Stellen wiedergiebt, ist Bouchut (Le nervosisme, 2. Aufl. 1876. p. 2 ss). Einzelne Symptome der Neurasthenia sind freilich vielfach erörtert worden. Insbesondere hat die sog. Spinalirritation eine grosse Rolle gespielt und eine eigene Literatur ins Leben gerufen, deren Geschichte bei Leyden (Klinik der Rückenmarkskrankheiten II. S. 3 ff.) nachzulesen ist. Wem gebührt nun das Verdienst, unter einem Namen und in einem Bilde die vielen vielfach verkannten und hypostasirten Symptome der Nervenschwäche zusammengefasst zu haben? Beard sagt, mir. In der Vorrede zur ersten Auflage seines Buches erzählt er, dass seine erste Schrift über den Gegenstand, basirt auf das Studium von 30 Fällen, im Boston med. and. surg. Journal den 29. April 1879 erschien. In Amerika habe er zunächst absolut kein Interesse bei den Collegen gefunden; in England habe Hugh Campbell danach ein Werk über Nervenschwäche veröffentlicht, welches wesentlich ein Excerpt aus B's. Veröffentlichungen gewesen sei; in Deutschland wo 1874 das Werk von Beard und Rockwell über die praktische Verwerthung der Electricität durch Väter's Uebersetzung bekannt geworden sei, habe das Capitel über Neurasthenia, „eine ebenso sympathische als intelligente und wissenschaftliche“ Beurtheilung gefunden. Als Beweis für letzteren Satz führt B. an, dass Erb seinem Lehrbuch der Rückenmarkskrankheiten einen Abschnitt über spinale Neurasthenia eingefügt habe. B. bemerkt übrigens, dass bei der Einheit der Neurasthenia eine Schilderung der Rückenschwäche nothwendig viele Symptome einschliesse, die mit dem Gehirne zusammenhängen, dass Erb irrthümlicherweise die Spinalirritation als selbständige Krankheit schildere, während sie doch ein Symptom der Neurasthenie sei. Ausser bei Erb hat B. nur bei M. Rosenthal ein Capitel über Neurasthenia gefunden und bei Grasset (Maladies du Système nerveux 1879), welcher letztere denselben Fehler wie Erb mache und überdem durchaus keine eigenen Erfahrungen darbiete. In dem Vorwort zur 2. Auflage erörtert B. die „von einigen Kritikern“ aufgeworfene Prioritätsfrage, indem er in sehr allgemeiner Weise über das Schicksal spricht, welches jederzeit wissenschaftlichen Entdeckungen bevorstehe, nämlich erst ignorirt, dann bekämpft und schliesslich für eine alte Geschichte erklärt zu werden. „Das Reich der Neurasthenia war den Blicken Tausender begegnet, seine Umrisse war oft geschaut und sein Gebiet oft gestreift worden — aber es blieb ein mysteriöses Land. Was enthielt es? welches waren seine Grenzen? welches Verhältniss bestand zwischen ihm und den benachbarten Reichen der Hypochondrie, der Hysterie, der Geistesstörung? Tausende haben über diese Frage Vermuthungen gehegt. — Derjenige, welcher die Antwort bringt, führt die Neurasthenie in die Wissenschaft ein und erobert der Menschheit ihren Besitz“. Nach alledem also betrachtet sich Beard

nicht nur als denjenigen, welcher den Mamen Neurasthenia in seiner jetzigen Bedeutung eingeführt und eingebürgert hat, sondern auch als denjenigen, welcher die erste systematische Darstellung des Gegenstandes, seine Abgrenzung gegen die verwandten Gebiete etc. geliefert hat. Das aber ist nicht richtig, diese Ehre gebührt Bouchut, welcher, nachdem er schon 1858 der medicinischen Akademie zu Paris seine Ideen vorgetragen hatte, 1860 sein Werk über den Nervosismus veröffentlichte. Dieses Buch, dessen 2. Auflage 1876 erschien, scheint sowohl in England und Amerika als in Deutschland, sehr wenig bekannt geworden zu sein. Beard, welcher offenbar durchaus selbständig zu seiner Lehre von der Neurasthenie gelangt ist, scheint es gar nicht zu kennen. Bei den neueren deutschen Autoren finde ich seinen Werth nirgends anerkannt, nur hier und da (Leyden, Eulenburg, Jolly) findet man es citirt. Mag man auch Bouchut manche Irrthümer und Verirrungen nachweisen können, so bleibt doch sein Verdienst, zuerst in durchaus systematischer Weise und auf Grund einer sehr grossen Zahl sorgfältiger Beobachtungen die Nervenschwäche als selbständige, von Hysterie, Hypochondrie wohl zu trennende, allgemeine Neurose beschrieben zu haben, ungeschmälert. Ob Nervosismus und Neurasthenie sich vollkommen decken, ist eine weitere Frage. Ich bin der Ansicht, dass Nervosismus der weitere und correctere Begriff ist, unter den sich manches, sachlich zugehöriges subsummiren lässt, was sich mit dem Ausdruck, *ἀσθένεια* nicht recht vertragen will. Indessen würde es zu weit führen, den Gegenstand an dieser Stelle eingehend zu erörtern.

Dass ein Fall von Neurasthenia selten von vorn herein richtig beurtheilt wird, weiss jeder Spezialcollege. Wenn der Arzt auf die Klagen des Kranken antwortet, „das sind eben die Nerven“, so heisst das in der Regel „es steckt nicht viel dahinter und es ist nicht viel zu machen“. Die exquisitesten Fälle von Neurasthenie werden ebensowohl von Praktikern als von sogenannten Autoritäten als Blutarmuth proclamirt und mit Eisen und Chinin gefüttert, bis die Kranken die Geduld verlieren, oder sie werden als Hypochonder nach Hause geschickt. Auch von fachmännischer Seite ist noch in neuer Zeit vielfach dadurch gefehlt worden, dass einzelne Symptome der Neurasthenie als Krankheiten beschrieben worden sind z. B. die verschiedenen Formen krankhafter Furcht, der Kopfdruck etc., während doch die Krankheit eine einige ist und nur je nach Individualität bald dieses bald jenes Symptom in den Vordergrund tritt. Als eine Folge zu geringer Bekanntschaft mit der Neurasthenia möchte ich z. B. auch die Beurtheilung ansehen, welche mehrfach die Ueberanstrengung der Schüler erfahren hat. Durch das Wort Ueberbürdungspsychose ist die ganze Frage in ein falsches Licht gerückt worden. Es ist dahin gekommen, dass Irrenärzte die Frage dadurch zu entscheiden suchen, dass sie nachsehen wieviel irrsinnige Schüler ihre Anstalt beherbergt hat. Wollte man festhalten, dass die Folge geistiger Ueberanstrengung nervöse Erschöpfung ist und dass nur hie und da unter begünstigenden Einflüssen von Erblichkeit etc. die psychischen Symptome derart in den Vordergrund tre-

ten, dass man von Psychose reden kann, dass demnach die Privatpraxis allein Aufschluss über die in der Schule Erkrankten geben kann, so würde erst die Menge der mehr oder minder Benachtheiligten erkannt werden.

Beard selbst wirft die Frage auf, woher es komme, dass dieses wichtige Gebiet in der Wissenschaft so wenig erforscht, dass die häufigste Nervenkrankheit der Aufmerksamkeit und Beachtung der Männer der Wissenschaft entgangen ist. Zunächst sei zu bemerken, dass die Symptome der Neurasthenie grösstentheils subjectiven Characters, nur den Leidenden fühlbar, den Sinnen des Beobachters nicht zugänglich sind. „Es ist die Gewohnheit halb gebildeter Geister Alles zu verwerfen und anzuzweifeln, was nicht durch Auge und Ohr wahrgenommen und bewiesen werden kann." Da nun Exactheit im Wägen und Messen besteht, so hat häufig für die Exacten, was sie nicht wägen, kein Gewicht und sie glauben was sie nicht messen, gelte nicht. Eine zweite Ursache der Vernachlässigung der Neurasthenie liege in dem Umstande, dass ein erfolgreiches Studium derselben grosse Uebung der Urtheilskraft wie der Beobachtungsgabe erheischt. In neuerer Zeit seien die wissenschaftlichen Methoden so entwickelt, dass selbst mässig begabte, in enger Sphäre lebende Individuen im Stande sind, selbstständige Beobachtungen zu machen. Die Beurtheilung der Neurasthenie aber erfordere Urtheilskraft und eine allgemeinere Bildung, als sie vielfach angetroffen wird. Die dritte Ursache des in Rede stehenden Factums sei die, dass man im Studium sich zu ausschliesslich auf das in Hospitälern und Kliniken vorhandene Material beschränkt hat. „Wir sind . . . so voll Angst, eigene originale Beobachtungen anzustellen und so vollständig am Gängelbande der aus Kliniken und Hospitälern stammenden Versuche, dass bis zur Stunde noch keine Monographie über diese Krankheiten erschienen und jeder Versuch, sie zu erforschen oder sie weiter bekannt zu machen, auf Gleichgiltigkeit oder thatsächlichen Widerspruch gestossen ist." In jenen Instituten aber kommt die Neurasthenie so gut wie nicht zur Beobachtung. Ebensowenig sei aus der Armenpraxis, der junge Aerzte sich vorzugsweise widmen, die Neurasthenie genügend kennen zu lernen.

Die Wichtigkeit der Neurasthenie steht im umgekehrten Verhältnisse zu der über sie verbreiteten Kenntniss. „Obwohl nun diese Leiden nicht direct das Leben bedrohen und demgemäss nicht in den Sterblichkeitslisten als Todesursache erscheinen; obwohl sie im Gegentheil dazu beitragen mögen, das Leben zu verlängern und den Körper gegen fieberhafte und entzündliche Krankheiten zu schützen, so ist doch die Summe der Qualen und Beschwerden, die mit ihnen verbunden sind, ganz ungeheuer.

Wir besitzen dicke Werke über typhoide und andere Fieber, aber alle diese Fieberformen zusammengenommen verursachen, die Malariafieber vielleicht ausgenommen nicht so viel Elend in unserem Lande als jene Neurosen. Sie tödten zwar nicht, aber manche Symptome sind schlimmer als mancher Tod." B. wird nicht müde, zu betonen, dass die Neurasthenie eine spezifisch amerikanische Krank-

heit sei, insofern als sie in Amerika bei Weitem häufiger sei als in irgend einem Theil der civilisirten Welt und hier zuerst beschrieben und benannt worden sei. Nach B. kommt N. überhaupt nur in civilisirten Ländern vor, ist in europäischen Ländern nur spärlich vertreten, Deutschland, Russland, Italien und Spanien kennt sie am wenigsten, häufiger kommt sie in Frankreich vor und noch mehr ist sie in England verbreitet. „In Europa sind diese functionellen Nervenkrankheiten, wenn sie auch vorkommen, doch so selten, dass selbst Spezialisten sie nicht beständig unter Augen haben und wenn sie sie sehen, mit wenig Ausnahmen selten erkennen oder behandeln“. Ich weiss nicht woher B. diese Nachrichten hat, ich erlaube mir aber sie zu bezweifeln. Aus der Literatur eines Landes kann man wie B. sehr wohl weiss, auf keinen Fall sich über das wirkliche Vorkommen von Neurasthenie in diesem Lande orientiren. Dass die Krankheit in uncivilisirten Gegenden nicht häufig sei, ist von vornherein wahrscheinlich. Wenn man aber bedenkt, wie häufig Hysterie in vielen wenig civilisirten Ländern ist, wird man nicht ohne Weiteres für sicher halten, dass Neurasthenie in denselben nicht vorkomme. Die Angaben B's. über Amerika sind sicher richtig, da er hier aus Erfahrung spricht. Für Frankreih liefert Bouchut's Buch den Beweis, dass es nicht arm an neurasthenischen Kranken ist. Wie es in Russland, Italien etc. steht, weiss ich nicht. Dass in Deutschland die Neurasthenie nicht selten, sondern recht sehr häufig ist, kann ich bestimmt behaupten. Aus den letzten zwei Jahren meiner Thätigkeit besitze ich Notizen über mehr als sechzig Fälle von Neurasthenie. Unter diesen sind Junge und Alte, Arme und Wohlhabende vertreten, viele boten ein sehr reichhaltiges Krankheitsbild. Ich bin überzeugt, dass Collegen mit ausgedehnterer Praxis, als ich sie habe, über noch mehr Fälle würden berichten können, wenn sie wollten. Unzähligen wird hier wie in Amerika durch Neurasthenie der Lebensmuth geraubt, schweres Leid bereitet und ihre Arbeitskraft genommen. Vielen könnte Trost und mehr oder minder Hülfe gebracht werden, wenn ihre Krankheit richtiger beurtheilt würde und die Behandlung weniger „exspectativ“ wäre. Man möge beispielsweise die sociale Bedeutung der sogenannten Athetose einerseits und der Neurasthenie andererseits gegenüberstellen der Arbeitskraft, welche von wissenschaftlicher Seite auf das Studium beider Krankheiten verwendet worden ist, man möge bedenken, dass der Arzt minister aegrorum, nicht Raritätensammler sein soll und dann möge man sich fragen, ob die wissenschaftliche Thätigkeit dem praktischen Bedürfniss entspricht. Hiermit glaube ich zur Genüge auf den Werth des Beard'schen Werkes hingewiesen zu haben.

B's Darstellungsweise ist einfach, er schildert die Dinge, wie er sie sieht. Wenn man vom Arzte verlangt, dass er scharf und vorurtheilslos beobachte, dass er die Beobachtungen vergleiche und die Einheit im Vielfachen erkennend ordne, und dass er der klinischen Erfahrung allein als Lehrmeisterin folge, so kann B's. Darstellung als eine echt ärztliche bezeichnet werden; denn er hält sich streng innerhalb der angegebenen Grenzen. Er ist Arzt und will nicht Anatom oder Physiolog sein. Er kann hierin sehr vielen

ärztlichen Schriftstellern als Muster dienen, welche glauben unwissenschaftlich zu sein, wenn sie ihre Arbeiten nicht mit physiologischen Floskeln verbrämen und eine „anatomische Diagnose“, machen. Trotzdem die meisten der allgemeinen Neurosen einer anatomischen Untersuchung unzugänglich sind, findet man immer und immer wieder anatomisch-physiologische Erörterungen über sie angestellt. Anämie und Hyperämie sind die grossen Sündenböcke, die an Allem Schuld sind. Gefässkrampf, vasomotorische Paralyse, Gefässreflexe sind Wunderschlüssel die alle Thore aufschliessen. Vergegenwärtigt man sich gerade bei der Neurasthenie und ähnlichen Krankheiten die geradezu überwältigende Reichhaltigkeit des klinischen Bildes, seine unendliche Variabilität, so muss es nichtssagend, ja roh erscheinen, in Anämie oder Hyperämie dieses oder jenen Gehirntheils eine Erklärung des klinischen Befundes sehen zu wollen.

„Da das Buch ausschliesslich praktisch sein soll, so sind die Ursachen hier unberücksichtigt geblieben. In einem fast beendeten Werk über Nervosität in Amerika, welches gewissermassen diese Abhandlung ergänzen wird, soll diesem Mangel abgeholfen und sowohl Ursachen wie Folgen der in der Neuzeit in Zunahme begriffenen Nervosität besprochen werden.“ Die 4 Abschnitte des vorliegenden Buches sind den Symptomen, der Natur und Diagnose, der Prognose und den Folgezuständen, der Behandlung und Hygieine der Neurasthenie gewidmet. Den grössten Raum nimmt natürlich die Schilderung der Symptome in Anspruch. Leider ist es nicht möglich, auf Einzelnes einzugehen. Einzelne Darstellungen sind vorzugsweise gelungen, z. B. die der krankhaften Furcht in ihren Modifikationen. Manches passt für unsere Verhältnisse nicht ganz, z. B. die Ausführungen über den Einfluss des Sonnenstiches, über das Heufieber etc. Sehr eingehend ist die Behandlung besprochen. Es ist bekannt, dass in Amerika sehr viel mehr medicinirt wird als bei uns. Vielleicht legt auch B. auf manche Arzneimittel ein zu grosses Gewicht und empfiehlt deren zu viel, es rechtfertigen jedoch (wie der Uebersetzer bemerkt) die Erfolge, die der Autor einzelnen Heilmethoden und Arzneimitteln, ihren verschiedenen Verbindungen und Dosirungen verdankt, die Wärme, mit der er für eine vielfach combinirte und active Behandlung eintritt und erklären den Eifer, mit dem er wider das mehr passive und exspectative Verhalten deutscher Aerzte der Nervenschwäche gegenüber ankämpft.

„Um die Originalität des Werkes, welches von der Berufsfreudigkeit und dem Geiste wahrer Humanität des Autors beredtes Zeugniss giebt, nicht zu beeinträchtigen“, hat sich der Uebersetzer, bis auf einige Kürzungen, wortgetreu an den englischen Text angeschlossen. Die Uebersetzung liesst sich trotzdem leicht und angenehm. Möbius (Leipzig).

---

333) **Blanchard** (Paris): Un nouveau procédé d'anesthésie.

(Progr. méd. 1881. Nro. 8.)

Ein amerikanischer Zahnarzt, Dr. Bonwill in Philadelphia, lässt seine Patienten bevor er zu Operationen an den Zähnen schreitet

eine Serie tiefer und rasch aufeinander folgender Inspirationen machen, wodurch es ihm gelingt kurzdauernde Zahnoperationen ohne den geringsten Schmerz zu vollziehen.

Dr. Lee (Philadelphia) probirt die Methode bei Eröffnung eines Perineal-Abscesses, wobei der Patient absolut nichts von der Operation spürte.

Benutzt man diese Art und Weise der Inhalation bei den gewöhnlichen zum Anästhesiren angewandten Mitteln, so tritt der Schlaf und die Erschlaffung der Muskeln viel rascher ein.

Der Zahnarzt Asch in Monaco bediente sich in 15 Fällen mit Erfolg dieser Methode beim Ausziehen der Zähne.

Bonwill erklärt sich das Auftreten der Anästhesie:

1. durch Ablenkung des Willens und der Aufmerksamkeit von der Operation auf die tiefen Inspirationen, 2. durch Stauungshyperhämie, indem das Blut langsamer vom Kopfe zurückfliesse und 3. durch Kohlensäureüberladung. Letzteres wird vom Verf. mit Recht negirt und gerade der Ueberladung des Blutes mit Sauerstoff der Erfolg zugeschrieben.

Halbey (Bendorf).

---

334) **Couty** (Paris): Centres moteurs du singe et du chien.

(Progr. méd. 1881. Nro. 8.)

C. beobachtete sowohl bei Reizung der frontalen als auch der parietalen Windung bei Hunden und Affen Bewegungen der oberen Extremität. Reizte er bei einem Versuche eine genau begrenzte Stelle des oberen Drittels der Frontalwindung, so erhielt er Bewegung der vorderen Extremität. Wiederholte er $1/2$ Stunde später den Versuch genau an derselben Stelle und mit derselben Stromstärke, so erhielt er keine Resultate.

An derselben Gehirnrindenstelle ruft der Strom gemäss seiner Stärke entweder eine einzige oder multiple Bewegungen und selbst allgemeine Bewegungen hervor, letztere ähnlich epileptischen Anfällen, nur von diesen dadurch verschieden, dass der Anfall von keiner Muskelerschlaffung und Coma gefolgt ist. C. schliesst aus seinen Beobachtungen, dass kein Abhängigkeitsverhältniss zwischen der gereizten Stelle und den hervorgebrachten Bewegungen bestehe und keine Beständigkeit zwischen der Reizung einer cerebralen Region und dem Erscheinen von einfachen oder allgemeinen Bewegungen. Halbey (Bendorf).

---

335) **Marcarri** (Paris): Ueber die electrische Erregbarkeit der corticalen motorischen Centren während der localen Anästhesie dieser Theile.

(Progr. méd. 1881. Nro. 3.)

Die Versuchsthiere wurden durch Chloroforminhalationen, oder durch venöse Chloralinjectionen, oder bei Katzen durch Aplication von Chloroform auf die Haut nach Brown-Sequard unempfindlich gemacht und das Gehirn blosgelegt. Dann wurde die Stromstärke bestimmt, welche bei Reizung der motorischen Region

eine Bewegung der Tatze zur Folge hatte. Nach der localen Anästhesirung mit Aetherpulverisation oder Kältemischung Wiederholung des Experiments. M. fand, dass durch die electrische Reizung der motorischen Rindencentren auch nach erfolgter localer Anästhesie, wo offenbar die physiologischen Functionen ausser Thätigkeit gesetzt sind, der gewöhnliche Effect hervorgerufen wird. Ist die locale Anästhesie durch Kältemischung (Eis und Kochsalz) hervorgebracht, so ist der Bewegungseffect sogar noch stärker.

Hieraus schlussfolgert M., dass die Bewegungsphänomene jenseits der Corticalis durch Diffusion der Electricität hervorgerufen würden, da man nicht annehmen könne, dass dieselbe bei einer Abkühlung bis zu 10 Grad unter Null mehrere Minuten lang ihre Erregbarkeit behalten könne. Diel Verstärkung des Effects bei Kältemischung erklärt er sich durch die durch Kochsalz hervorgerufene bessere Leitungsfähigkeit.

Halbey (Bendorf).

---

336) **Andreas Takács** (Budapesth): Unilaterales Schwitzen und halbseitige Atrophie in ihren Beziehungen zum Nervensystem.“

(Orvosi Hetilap. 1880. Nro. 51.)

Verf. beobachtete vom 7. Mai bis 24. Juni 1880 folgenden höchst sonderbaren Fall. J. G. 32 Jahre alt, seit seiner Kindheit an Kopfschmerzen leidend, sonst aber gesund, *linkshändig*, in dessen Familie keine neuropathische Disposition zu eruriren, erkrankte im 30. Lebensjahre an reissenden Schmerzen der rechten Extremitäten welche allgemach Schwächung des Armes, der Hand, schwerere Beweglichkeit der Finger und Spannungen im Unterschenkel — Alles *rechts* — zur Folge hatten. In den warmen Tagen *schwitzte er von jetzt ab nur an seiner linken Körperhälfte, wogegen die rechte nach und nach ganz trocken blieb.* Um diese Abnormität in der bilateralen Function der Schweiss-Secretions-Apparate (Adamkiewicz) zu studiren machte Verf. vom 9. Mai bis zum 25. d. M. 3 Injectionen mit der 2% Lösung von Pilocarpin, worauf nach zwei Minuten immer Speichelfluss und Schweiss erfolgten; jedoch schwitzte auch diesmal prävalirend die linke Seite, obschon auch die rechte feucht wurde; dabei war aber auffallenderweise *am rechten Handrücken ein reichlicheres Schwitzen bemerkbar als an der entsprechenden Stelle links*; auch traten auf der rechten Thorax- und Bauchhälfte mit Serum gefüllte Bläschen (Miliaria crystallina) auf, die auf Fingerdruck platzten, aber schnell sich wiederbildeten. Einige Tage nach der Pilocarpinisirung dauerte die Schweisssecretion auf beiden Seiten fort. Idiopathisch aber — namentlich beim anstrengenden Sprechen und stärkeren Muskelbewegungen — schwitzte bloss die linke Körperhälfte mit Bildung von Schweissperlen, während die rechte Seite scharf begrenzt bis zur Mittellinie des Stammes immer unbefeuchtet war.

Von den asymmetrischen Körperhälften war durchschnittlich *die rechte Seite magerer; ihre Hautbedeckung dünner; das r. Auge tiefer stehend, die Augenspalte hier schmäler,* Pupille enger; die rechte Thorax-Hälfte vorn flacher als links; Zäpfchen nach links abwei-

chend; R. Ober-Extremität weniger voluminös. Peripherie in der Mitte des Oberarmes r.=25 Ctm. l.=27 Ctm; am r. Unterarme $21^1/_2$ Ctm. l.=26 Ctm. *An der r. Hand Thenar und Antithenar verschwunden. Spatia interossea ganz vertieft; Phalangen* in die Hohlhand eingebogen, können *activ nicht gestreckt werden.*

R. Oberschenkel misst in der Mitte $44^1/_2$ der linke 47 Ctm. im Umfange; selbst die Sohle ist rechts um 1 Ctm. schmäler als links. Bewegungen sind rechts schwer und mit grosser Ermüdung ausführbar, Kraftsinn beiderseits wohlerhalten, keine Empfindungs-Anomalien, Sprache langsam, gedehnt; intellectuelle Fähigkeiten beschränkt, Faradische und galvanische Muskel-Reaction normal, mit Ausnahme jener der rechten Hand.

Behandlung: Galvanisation des Rückenmarks und Sympathicus; faradisirung des rechten Unterarmes und der r. Hand, wodurch eine Besserung in der Streckung der Finger sich einstellte.

Verf. fand in der ganzen Literatur unter vielen namhaft gemachten Fällen von Domansky, Janny, Seeligmüller, de Giovanni, Guttmann, Brunner, Nicati keinen vor, in welchem eine so eigenthümliche Gruppirung der Symptome zu verzeichnen wäre. Für alle diese liessen sich leichte Erklärungs-Gründe aus Lähmungs- und Reizungs-Zuständen des Hals-Sympathicus-Stammes herstellen, während in diesem auch der etwaige Wechsel derselben zur Interpretation nicht ausreicht.

Nach der Analyse vieler Fälle von analogen Combinationen oculo pupillärer, vasomotorischer und trophischer Symptome, deren Stätte von den verschiedenen Autoren verschieden angenommen und auch gefunden wurde, meint *Verfasser* die letzte Ursache im Rückenmarke und nicht wie zumeist früher — im Sympathicus suchen zu sollen. Wenn überhaupt Atrophien mit unterlaufen so ist das Rückenmark dabei gewiss betheiligt. Dann macht bekanntlich die Reizung oder Zerstörung des „Centrum cilio-spinale“ (Budge) in der Höhe des 6. Hals- bis zum 2. Brustwirbel alle angeführten Augen- und Pupillen-Symptome erklärlich, und auch die Suspension des Schwitzens auf der einen Seite ist eher auf eine Läsion des Rückenmarks zurückzuführen. Localisation ist wahrscheinlich in den Vorderhörnern anzunehmen, da nach Adamkiewicz das Centrum der Schweiss-Secretion dort zu suchen ist, das Uebel auch sonst einige Aehnlichkeit mit Poliomyelitis chronica bietet.

Verf. deducirt schliesslich aus seinen Pilocarpin-Injectionen, dass die Schweiss-Secretion nicht von der Füllung der Blutgefässe, nicht von deren Spannung abhängt, sondern dass es secretorische Drüsennerven giebt, die vom Pilocarpin zur erhöhten Thätigkeit angeregt werden. — Ladislaus Pollák (Gross-Wardein).

---

337) **Erlitzky A.** (Petersburg): Melanose de la moelle épinière dans la paralysie progressive. (Melanose des Rückenmarkes in einem Falle von progressiver Paralyse).

(Archives de Physiologie norm. et path. 1881. 3.)

In einem Falle progressiver Paralyse, dessen Anamnese fast gänzlich unbekannt ist, fand E. bei Untersuchung des Rückenmar-

kes (das Gehirn wurde nicht untersucht) zahlreiche kleinere und grössere Körnchen tiefschwarzen Pigmentes, welche theils in Körnchenzellen, theils in den Gefässwandungen und endlich auch in den Bindegewebszellen deponirt waren. — Die beigegebenen Zeichnungen würden unbedingt auf eine gewöhnliche Intermittens melanose schliessen lassen, wenn nicht die Angabe des Verf. dagegen spräche, dass die Pigmentkörnchen sich in Säuren und Alkalien lösten. Es scheint dem Verf. unbekannt geblieben zu sein, dass auch in normalen Rückenmarken der Centralcanal häufig durch eine Ansammlung von Kernen ersetzt erscheint; ferner sucht E. das Pigment in der Arachnoidea der medulla oblongata bei den Bewohnern von Java, Sumatra, Celebes, Bali u. s. w. während es bei ganz gewöhnlichen Deutschen (und wohl auch Russen) an der angegebenen Stelle und an anderen mit weniger Aufwand von Mühe leicht genug zu sehen ist. Obersteiner (Wien).

---

338) **Gribling J. J.:** Over de localisatie van Motiliteits-stoornissen in den hersenbast. (Ueber die Localisation von Motilitätsstörungen bei Hirnrindenerkrankungen.)

(Diss. Leiden. 1880.)

1. Fall. 53jährige Frau. Seit zwei Jahren Kopfschmerz, wiederhohlte epileptiforme Anfälle; bei der Aufnahme 6 Wochen vor dem Tode: hochgradige Dyslalie ohne Aphasie, das linke Auge wird nur unvollkommen geschlossen, Herabhängen des linken Mundwinkels, Zunge weicht stark nach links, Strabismus divergens oculi sinistri, an den Extremitäten nichts abnormes; nur gelegentlich beiderseitige Convulsionen.

Bei der Section fand sich ein Tubercel an der rechten Hemisphaere, welcher das untere Drittel des Gyrus frontalis ascend. und den hinteren Theil der unteren Stirnwindung zerstört hatte. — Das Neugebilde setzte sich auch auf die Inselwindungen fort; in der Tiefe erreichte es nirgends die grauen Ganglien.

2. Fall. 35jähr. Frau. Im Gefolge eines Puerperiums stellten sich vor 3 Jahren epileptiforme Anfälle ein, im letzten Jahre bildete sich nach und nach linksseitige Hemiplegie heraus. Status präsens 6 Wochen vor dem Tode: hochgradige Dyslalie, linksseitige Paralyse des Gesichtes; auch wird das linke Auge weniger kräftig und schnell als das rechte geschlossen, die Zunge kann nicht herausgestreckt werden, leichter Lagophthalmus und Parese des Corrugator supercilii links; beide linken Extremitäten beinahe unbeweglich; der linke Arm in Contractur. — In der letzen Zeit wiederholte heftige Krämpfe, besoders links. —

Autopsie: Gumma der rechten Hemisphäre, welches oberflächlich am gyrus frontal. asc. erscheint, dessen oberen Antheil bis gegen die Mitte herab, sowie den hintersten Theil der oberen und mittleren Stirnwindung einnimmt, in der Tiefe aber, ohne die grossen Ganglien zu erreichen, bis fast an die Insel heranreicht, sodass der anscheinend intacte untere Theil des Gyrus front. asc. durch Zerstörung der zu ihm ziehenden Stabkranzbündel auch ausser Function gesetzt erscheint. —

Der dritte Fall ist weniger genau beobachtet, und mag hier übergangen werden. —

Bezüglich einiger noch strittiger Fragen, die Localisation an der Hirnrinde betreffend, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Die oberen Facialiszweige (für den Corrugator supercillii, M. Frontalis, M. orbicularis orbitae und M. orbicularis palpebrarum) haben ein eigenes Centrum in der Hirnrinde, welches sich mit dem Centrum für die übrigen Facialiszweige nicht deckt, aber in seiner unmittelbaren Nachbarschaft liegt.

2. Das mittlere Drittel des gyrus parietalis ascendens scheint für die obere Extremität bestimmt zu sein; doch mag es noch nicht angehen, diese Gegend speciell für die Bewegungen der Hand und der Finger in Anspruch zu nehmen (wie dies Ferrier wollte).

3. Gegen das von Ferrier angegebene Centrum des Levator palpebrae im hinteren Theil der mittleren Stirnwindung spricht die zweite Beobachtung, wo keine Ptosis vorhanden war (doch ist auch das in Rede stehende Ferrier'sche Centrum der beigegebenen Zeichnung entsprechend, nur zum geringen Theil zerstört. Ref.)

Obersteiner (Wien).

---

339) **Hamilton A.** (New York): On the use of a new silver salt in the treatment of organic nervous disease — (Ueber die Anwendung eines neuen Silbersalzes bei der Behandlung organischer Nervenkrankheiten).

(Scientific Amer. Suppl. 23. Ap. 1881.)

H. empfiehlt das dreibasisch phosphorsaure Silberoxyd — ein schweres, citronengelbes Pulver, das sich leicht am Lichte schwärzt — vor den anderen Silbersalzen. Er hat dasselbe zu 0,02—0,04 täglich durch mehrere Monate hindurch angwendet, ohne dass Argyrose oder Verdauungsstörungen aufgetreten wären; während es andererseits an therapeutischer Wirksamkeit, das salpetersaure Silber übertrifft. — Es wird am besten in einer Pillenmasse aus Thon und Glycerin verschrieben. — Hamilton hat in verschiedenen Fällen von Hinterstrangsklerose und Epilepsie Nutzen von diesem Praeparat gesehen, und versucht dasselbe nun auch bei Tumoren des Gehirns und bei Dementia paralytica.

Obersteiner (Wien).

---

340) **Pasternatzky J.** (Ujazdow): Recherches experimentales sur l'origine du tremblement qui accompagne les mouvements volontaires (Experimentaluntersuchungen über das Intentionszittern).

(Archives de Physiol. norm. et path. 1881 3. H.)

Verf. hat an Hunden und Katzen eine Reihe von Versuchen angestellt, um jene Stellen des Rückenmarks aufzufinden, derer Verletzung Intentionszittern nach sich zieht. Er stach eine Nadel in die Vorderstränge mit Einschluss des vordersten Theiles der Seitenstränge (andere Partien des Rückenmarks wurden nicht untersucht) in der Gegend des vorderen Endes der Lumbaranschwellung

ein, und fand dann zitternde Bewegungen der hinteren Extremitäten wenn die Thiere sich bewegten, oder wenn man die betreffenden Rindencentren reizte. Diese Erscheinung war in mehreren Versuchen nach einigen Tagen wieder geschwunden.

Obersteiner (Wien).

---

341) **Bornemann** (Wernigerode): Zur psychischen Behandlung hysterischer Motilitätsstörungen.

(Berl. Klin. Wochenschr. Nro. 22. 1881.)

Verf. ist bezüglich der hysterischen Krämpfe und Lähmungen gegen die Annahme von Ernährungs-Störungen der Leitungsbahnen (wenigstens als primäre Erscheinungen), es seien vielmehr alle motorischen Störungen der Hysterie nur auf ein pathologisches Verhalten der Willensimpulse selbst zurückzuführen. Gegen die Annahme von trophischen Störungen spreche namentlich, dass die gelähmten Muskeln intakte electromuskuläre Thätigkeit haben, ferner dass dieselben trotz langer Dauer der Lähmung erst sehr spät und unbedeutend abmagern. Von diesem Gesichtspunkte aus hält Verf. mit Levinstein, an dessen Anstalt er als Assistent thätig war, die locale Behandlung für überflüssig, in der Maison de santé seien allein durch Einwirkung auf die Psyche, speciell den Willen bei den hysterischen Lähmungen die denkbar besten Resultate erzielt worden.

Der Erfolg ist besonders günstig bei den Muskelgruppen, die dem Willen mehr unterworfen sind (z. B. die Sprache, die Extremitäten-Bewegung), etwas unsicher bei den vom Willen weniger modificirbaren Bewegungen (des Rachens, der Blase, des Mastdarms, einzelner Gesichtsmuskeln etc.). Ein besonders schneller Erfolg ist zu erwarten bei Individuen deren Psyche leicht durch andere Personen zu beeinflussen ist, was besonders bei Kindern der Fall ist.

Verf. berichtet über einen Eall, der nach Jahre langem Bestehen durch vierwöchentliche psychische Behandlung zur Heilung gebracht wurde: es handelte sich um lähmungsartige Schwäche der rechtseitigen Extremitäten und Aphonie; direct vom Arzt geleitete methodische Exercitien der einzelnen Muskelgruppen führten zum Ziele.

Stenger (Dalldorf).

---

342) v: **Langenbeck** (Berlin): Ueber Resection von Geschwülsten der Schädelknochen und Hirnhäute mit Kranken-Vorstellung.

(Vortrag, gehalten in dem Congress d. deutsch. Gesellschaft f. Chirurgie, Berlin April 1881.)

Die 60 J. alte Patientin litt an einem Recidiv eines Cancroid's des rechten Stirnhöckers. Bei der Exstirpation der Geschwulst wurde nicht blos der kranke Knochen abgetragen, sondern auch die Dura mater, soweit sie erkrankt war, mit der Scheere entfernt. Nach einigen Tagen wurde ein Stück Pia mit einer messerrückenstarken Schicht Gehirn ausgestossen, man erblickte in der Tiefe die vom Gehirn ausgehenden Granulationen. Die P. ist nach der Operation ohne Lähmungserscheinungen, bei vollem Bewusstsein geblieben. Der intensive Kopfschmerz, welcher sie zur Operation drängte, ist nicht wiedergekehrt.

Stenger (Dalldorf).

---

343) **Pel** (Amsterdam): Zur Casuistik der Schrecklähmung.
(Berl. Klin. Wochenschr. Nro. 23. 1881.)

Bei einem früher ganz gesunden Manne entstanden einige Stunden nach einem heftigen Schrecken (es schnappte, als er am Meeresufer sass, ein grosser Haifisch nach ihm) Paraplegie, Anästhesie und Analgesie der unteren Extremitäten bis zum Nabel, verbunden mit Blasenschwäche und Obstipatio alvi, ohne jede trophische Störung und ohne Verlust des allgemeinen Wohlbefindens.

Während der folgenden Monate wurde die motorische Lähmung geringer, doch stellte sich erhöhte Reflexerregbarkeit ein. Zur Blasenschwäche kam ein Blasencatarrh. Die sensiblen Störungen *schwanden gänzlich* nach einstündlicher Application eines starken Magneten.

Weiterhin besserte sich der Zustand des Kranken noch mehr, nur trat nach psychischer Erregung eine zeitliche Verschlimmerung auf, und klagte der Kranke zuweilen über ein Gefühl der Ermüdung im Lendentheile des Rückenmarks. Der Fall ist für Verf. der eclatanteste Beweis für die Wirkung des Schreckens auf die Function des Rückenmarks; nach der heftigen psych. Einwirkung war eine Circulationsstörung (Anämie) erfolgt, durch welche es zu einer Nutritionsstörung im Lendentheil des Rückenmarks (welcher durch Excesse des Pat. in venere zum locus minoris resistentiae geworden war), insbesondere in der grauen Substanz kam.

---

344) **Schmidt-Rimpler** (Marburg): Hemianopsia sinistra.
(Sitzung des ärztl. Ver. z. Marburg vom 9. VI. 1880.)

Der betr. Patient hatte durch Sturz eine fast senkrecht verlaufende Fractur der rechten Seite des Hinterhauptes und des rechten Schläfenbeins erlitten, aus der Hirnmasse ausgeflossen war und fast eine Hand voll Knochensplitter extrahirt wurde. Nach der Heilung wurde eine Hemianopsia sinistra constatirt, die wohl mit der Verletzung der von Munk als Sehcentrum erwiesenen Hirnrindenstellen in Verbindung gebracht werden muss; ausserdem hat noch Pat. vollständige Aufhebung des Gehörs auf dem rechten Ohre; andere Lähmungserscheinungen sind nicht vorhanden. Zeitweise klagt Pat. über Schwindel, der sich mit einem starken Sausen auf der rechten Seite verbindet.

Stenger (Dalldorf).

---

345) **Marcus & Wiet** (Paris): Elongation des pneumogastrigues — Glycosurie provoquée.
(Sitz. d. biolog. Gesellschaft 14. Mai. 1881.)

Die Autoren, die sich zur Zeit speziell mit dem Studium der Physiologie der Nerven beschäftigen, hatten die gelungene Idee nun einmal die Dehnung des Vagus vorzunehmen, um, wenn auch für die Therapie nichts besonderes zu thun, den Vagusnerven und seine Functionen auf eine neue Weise zu studiren. Gerade wie man bei Ischiadicusdehnung Anästhesie mit completer Motilität der betreffenden Extremität constatirt, also ein physiologisches

Seciren vornehmen kann wo bekanntlich das Microscop keine Aufklärung bietet — gerade wie das Atropin in den Versuchen Bernard's, Haidenhein's Schiff's functionell verschiedene Nervenfibrillen in der Chorda tympani erschloss, gerade in der selben Weise, als Mittel zum Zweck, wandten Autoren die Dehnung an, um etwaige functionell verschiedene Fibrillen im Vagus aufzufinden.

Die Versuche wurden an Kaninchen vorgenommen und unterlag das erste Tags darauf einer Asphyxie. An einem zweiten Kaninchen, constatirten Marcus und Wiet eine erhebliche Gefässerweiterung mit darauffolgender Contraction, die schliesslich der Vaso-Dilatation mit einer starken Myosis Platz machte. Das Thier, das der Gesellschaft vorgezeigt wird, respirirt schwer und zeigt Zuckerspuren im Harn.

Die Experimentatoren fanden noch Zucker im Urin von Kaninchen und Meerschweinchen bei denen die Ischiadicusdehnung vorgenommen wurde. Sie setzen ihre diesbezügliche Versuche fort.

Hager (Paris).

---

346) **Quinquaud** (Paris): Influence de l'elongation sur la moelle épinière.

(Sitz. d. Société de Biologie. 23. April 1881.)

Autor constatirte eine Spinalepilepsie in Folge einer Dehnung des Ischiadicus eines Meerschweinchens. Er schliesst mit Marcus, dass die Dehnung unbestreitbar auf das Rückenmark einwirkt, und gibt in einer Discussion mit Laborde zu, dass eine zu starke Dehnung eine bleibende Anästhesie mit trophischen Störungen zur Folge hat.

Hager (Paris).

---

347) **Frederic Flint:** Ein Fall von Cysticercus cellulosae im linken Seitenventrikel des Hirns. Plötzlicher Tod.

(The Lancet Nro. XV, 1881.)

Ein 17jähriger, in der Pensionsanstalt zu Scarborough befindlicher anscheinend gesunder Knabe spielte an einem Nachmittag noch Ballonschlagen, klagte Abends über Kopfschmerz, ging frühzeitig zu Bett, erbrach während der Nacht 1—2 Mal, ohne Jemand zu wecken, wiederholte des Morgens die Klagen über heftigen Kopfschmerz, brach nochmals, schrie laut auf über Herzbeklemmung, brachte die Hände häufig an den Hinterkopf. Augen und Mund bewegten sich wie beim epileptischen Anfall, der Kranke kratzte sich derartig, als ob er die ganze Haut entfernen wollte und musste mit Gewalt zurückgehalten werden. Dann verkroch er sich fast in den Betten, zog die Beine an die Brust, schlug sie an einander und bekam dann solch' eine Erschütterung am ganzen Körper, dass die Anwesenden glaubten, alle Knochen müssten zerbrechen. Nach einem durchbohrenden Schrei fiel er in ein Coma mit stertorösem Athmen. Als Verf. ankam fand er den Knaben mit bläulichem Gesichte daliegend, mit erweiterten Pupillen, hartem, vollem Puls, langsamer stockender Respiration. Bald wurde der Puls fadenförmig, und trotz Aethereinspritzung starb der Knabe in einigen Minuten, nachdem

die letzte tragische Scene in einer Stunde sich abgespielt und die ganze Erkrankung nur etwa 18 Stunden gedauert hatte.

Epicrisis. Da der plötzliche Todesfall viel Aufsehen machte, so stellte Verf. Nachforschungen über die Ursache desselben an und erfuhr, dass der geistig sehr geweckte Knabe bereits seit 5 Jahren in der Pension gewesen, stets lebhaft an den Schulspielen theilgenommen, grosse Fortschritte in den Wissenschaften gemacht und sehr beliebt war.

Seit Weihnachten fing er beim Arbeiten über Kopfschmerz zu klagen an und schob das Unwohlsein auf einen kleinen Stoss beim Skaten. Aerztlicher Rath wurde nicht nachgesucht, obgleich seine Mitschüler auch bemerkt haben wollten, dass er in seinem freundlichen Wesen sich geändert und seinen Rath bei den Schularbeiten ihnen vorenthalten hatte. Zu Ostern 1880 soll eine Facialisneuralgie vorhanden gewesen sein, die auf das Vorhandensein von cariösen Zähnen geschoben wurde. Nach Entfernung derselben mittelst Lachgas hörten die Schmerzen im Gesicht und im Kopfe auf.

Angesichts der zweifelhaften Todesursache wurde eine *Section* gemacht, dabei eine Ausdehnung der linken Seitenventrikel durch Flüssigkeit und ein durchsichtiger, blasiger Körper gefunden, der sich bei näherer Untersuchung als *Cysticercus* erwies.

---

348) **Hagen** (Erlangen): Ueber Nierenkrankheiten als Ursachen von Geisteskrankheit.

(Allg. Zeitsch. f. Psych. und psych. ger. Med. Bd. XXXVIII, p. 1. ff.)

Im Anschluss an bereits früher vom Verf. veröffentlichte Fälle, in denen Nierenleiden in der Pathogenese von Geisteskrankheiten eine Rolle spielten, (Verhdlg. d. Erlanger phys.-med. Soc. v. J. 1869, Sitzg. v. 13. Dec.) sichtet Verf. das weitere, sowohl in der Literatur erschienene Material als seine eignen ferneren Beobachtungen nach 2 Gruppen, von denen die erste diejenigen Fälle umfasst, in denen mehr oder weniger acute Nephritis oder morbus Brightii, die zweite diejenigen, in denen chronische Nierendegeneration oder Defecte der Nierensubstanz gefunden wurden.

In die erste Gruppe fallen 12 Fälle, welche auszugsweise mitgetheilt werden, und unter denen von Leidesdorf, Jolly, Scholz, Hasland, Schüle und Vf. je einer, von Wilks und Clouston je drei veröffentlicht worden sind. Die Psychose ist vorwiegend melancholischen Characters: Furcht vor Verfolgung oder Vergiftung, Lust zu entfliehen, plötzliche Anfälle von Gewaltthätigkeit gegen sich oder Andere; nur in einem Falle (Hasland) ist eine eigentliche Manie constatirt. Mit den Aufregungszuständen wechselt Apathie, Verdrossenheit, Benommenheit bis zum Stumpfsinn ab; zuweilen ist mit letzterem passiver Widerstand verbunden. Personenverwechselung wird in mehreren Fällen angegeben, Hallucinationen des Gesichts und des Gehörs je in einem Falle; epileptiforme Anfälle wurden einmal, Convulsionen zweimal beobachtet. Die Nierenkrankheit war in allen Fällen zweifellos schon vor der psychischen Störung vorhanden. Dass letztere aber in einem ursächlichen Zusammen-

hange mit der Nierenentzündung steht, befremdet nicht, wenn man sie als Aequivalent des sonst bei Nierenentzündungen sehr gewöhnlichen Coma, Delirium oder der Convulsionen auffasst, also als ein Aequivalent für cerebrale Symptome, deren Causalnexus mit der Nierenentzündung als unzweifelhaft gilt. Werden doch auch bei Epilepsie und Hysterie die psychischen Störungen als ein Aequivalent der Krämpfe und Sensibilitätsalterationen angesehen! Die Seltenheit des Auftretens gerade dieser Gattung cerebraler Erscheinungen bei Nierenentzündungen kann diese Annahme nicht erschüttern, zumal die Statistik ein unbedingt zuverlässiges Material nicht liefern kann — leichte Grade psychischer Störung kommen gar nicht zur Cognition. —

Die zweite Gruppe umfasst vier, vom Verf. selbst beobachtete Fälle. Der Character der Psychosen ist auch hier vorwiegend melancholisch, die Stimmung argwöhnisch, finster, unmüthig, die Hallucinationen sind drohender Art; wenn sich Wahnideen ausbilden, ist es meist Verfolgungswahn. Es kann zu Nahrungsverweigerung kommen oder die Kranken werden tückisch und gewaltthätig. — Allen diesen Fällen gemeinschaftlich ist eine bedeutende Reduction der Nierensubstanz; im ersten Falle fand sich hochgradige cystöse Entartung mit Atrophie, im zweiten Hydronephrose, der einen und Granularatrophie der anderen Niere, im dritten Granularatrophie beider Nieren, im vierten bedeutende Atrophie der linken Niere bei congenitalem Defect der anderen. Die Reduction der Nierensubstanz war so hochgradig, dass das Gewicht beider Nieren Werthe ergab, die weit hinter dem Durchschnittsgewicht normaler Nierenpaare zurückblieben. Letzteres zu 280—320 Gr. vorausgesetzt (cf. Wägungen von Thoma, Virch. Arch. LXXI S. 42 ff.) ergaben sich in den vier Fällen des Vf. Werthe von 154, 135 und sogar 82 Gr. für beide Nieren (in einem Falle wurde die Wägung äusserer Umstände halber unterlassen). Derartig reducirte Nieren können, so concludirt Verf., nicht die normale Quantität Harn und namentlich Harnstoff ausscheiden — Messungen der Harnmenge und des ausgeschiedenen Harnstoffes fehlen; — die verminderte Harn- und namentlich Harnstoffausscheidung muss für den Organismus, spez. für das Hirn von schädlichem Einfluss sein. Der Organismus besitzt aber in der Haut, den Lungen etc. compensatorisch für die Nieren eintretende Organe, auch das Herz vermag durch angestrengte Thätigkeit (Hypertrophie) und vermehrte Blutzufuhr zu den Nieren eine gewisse Compensation herbeizuführen, so dass die durch die Niereninsufficienz gesetzte Störung paralysirt werden kann. Wird aber diese Compensation durch äussere Umstände hintangehalten, so wird bei mässiger Compensationsstörung verdrossene, unmuthige und ängstliche Gemüthsstimmung, bei Steigerung der Niereninsufficienz als Aequivalent für das urämische Coma oder die Convulsionen eine psychische Störung erscheinen können. So giebt also das Nierenleiden eine gewisse Disposition ab für psychische Erkrankungen. Das determinirende Moment für den Ausbruch der Psychose findet Verf., wie in der Epikrise der vier Krankengeschichten ausgeführt wird, im ersten Falle in einer die Hautthätigkeit unterdrückenden Erkältung, an welche sich unmittel-

bar die unter dem Bilde des Delirium acutum verlaufende, in drei Wochen tödtlich endigende Psychose anschloss; im zweiten Falle in einer Pneumonie, in Folge welcher behufs Ausscheidung der zersetzten Gewebsbestandtheile grössere Ansprüche an die Nieren gemacht wurden, Ansprüche denen die reducirte Niere nicht mehr genügen konnte; nach 9 tägigem Anstaltsaufenthalte und im Ganzen gegen sechswöchentlicher Krankheitsdauer exitus letalis. — In dem dritten Falle trat bei einer 69 jährigen Taglöhnerin, welche seit 6—8 Jahren an häufigem Schwindel, beängstigtem Athmen und Schenkelschmerzen gelitten und viel geschwitzt hatte, 1868 ein Schlaganfall mit linksseitiger Lähmung und Sprachstörung, 1869 ein rechtsseitiger Schlaganfall mit kurzdauernder Undeutlichkeit der Sprache und melancholischer Verstimmung auf, welche sich bald bis zur Tobsucht steigerte, und unter zunehmender physischer Schwäche Januar 1871 zum Tode führte. Die Section ergab apoplectische Narben an der unteren Fläche des rechten Schläfenlappens, an der Basis der linken Hemisphaere an der Grenze zwischen Schläfen und Hinterlappen, in der linken Fossa Sylvii von der Spitze der ersten Schläfenfurche bis über die Oberfläche der Insel eine rostbraune Färbung der Pia mit vollständiger Zerstörung der Temporalwindung. Der Befund an den Nieren ist oben bereits notirt. Vf. hält die wiederholten Hirn- und Hirnhautblutungen ebenso wie die Psychose für Folgen des Nierenleidens und legt Werth auf den mit dem zunehmenden Alter und der Arbeitsunfähigkeit muthmasslich verbundenen Wegfall des compensatorischen Schweisses. —

In dem vierten Falle endlich handelt es sich um eine 57 J. alte Erzieherin, welche, hereditär belastet, bereits früher zu wiederholten Malen psychisch gestört war, in der Zwischenzeit z. Th. wieder ihr Amt aufgenommen, z. Th. als Pflegerin ihres kranken Vaters gedient hatte. Auch in gesunden Tagen habituelle Neigung zur Melancholie. Nach mehrfachen Gemüthsaufregungen erneute Erkrankung im April 1870, wobei sie sich die Haare ausraufte, sich für ein Schwein, für verdammt hielt, etc. In den nächsten Jahren Stimmung meist ängstlich, gedrückt und scheu. 1877 vorübergehende Besserung ; September 1880 Mattigkeit, Schwindel, Schwerhörigkeit Schlummersucht, Erbrechen; einmal vorübergehende Ptosis. Im Urin Spuren von Eiweiss. — October 1880 exitus letalis. — Die Section ergab: Die oberste Schicht des Streifenhügels beiderseits mit theils feinsten, theils stecknadelkopfgrossen Haemorrhagien besetzt; Hirn und Hirnhäute blutarm, Sulci nach hinten klaffend, Seitenventrikel ziemlich ausgedehnt. Herz klein. Lungenödem. Leber verkleinert. Rechte Niere äusserst atrophisch (congenital, da auch keine Nierenarterie sichtbar ist), höchstens 10 Gr. schwer, linke Niere 72 Gr. Kapsel festhaftend, Oberfläche granulirt, Pyramiden klein, Corticalsubstanz 4 Mill. dick. Mehrere Fibroide am Uterus. — Magen dilatirt, am Pylorus ein $4^1/_2$ Ctm langer und $3^1/_2$ Ctm. breiter Krebsknoten. — Verf. glaubt auch hier bei dem angeborenen Nierendefecte der einen Seite die habituelle melancholische Stimmung früherer Jahre auf diese fehlerhafte Organisation, die psychischen Attaquen der früheren Jahre auf vorübergehende — weil bei der Jugend der Pat. reparaple —

Compensationsstörungen und die letzte psychische Störung endlich auf eine Compensationsstörung zurückführen zu dürfen, welche unter nicht näher bekannten Umständen — Alter? — nicht mehr reparabel sein mochte und den Tod durch Uraemie herbeiführte. Das Carcinom erschien zu klein und zu jungen Datums, um den Tod zu erklären, ebenso reichte dazu der Hirnbefund nicht aus, da die Ptosis schwand und sonstige Lähmungserscheinungen nicht vorhanden-waren.

Schäfer (Pankow).

---

349) **Arndt** (Greifswald): Ueber die häufig zu beobachtende Verstärkung des Aortentones bei Geisteskranken.

(Vortrag in dem Medicinischen Verein zu Greifswald am 5. Febr d. J. gehalten.)

Bei Geisteskranken findet eine häufig zu beobachtende Verstärkung des Aortentones statt. Dieselbe ist indessen nicht den Geisteskranken als solchen eigen, sondern kommt ihnen nur auf Grund der Constitution zu, in Folge deren und gewisser begünstigender Einflüsse sie geisteskrank wurden. Sie findet sich darum auch bei vielen geistesgesunden, aber mehr oder minder neuropathischen Individuen.

Der Grund dieser Erscheinung liegt nach A. in den Anomalien des Blutgefässsystems, welche so überaus oft bei derartigen Individuen angetroffen werden. Das Herz ist gewöhnlich klein, hypoplastisch, oft atrophisch oder fettig degenerirt; bisweilen aber ist sein linker Ventrikel auch hypertrophisch und dann ebenfalls verhältnissmässig oft die Spuren fettiger Entartung an sich tragend. Die Aorta erscheint bald nach ihrem Ursprunge vielleicht etwas erweitert, im absteigenden Theile aber ist sie meist dünn und eng. Dieselbe Dünne und Enge legen auch die übrigen Arterien an den Tag und ausserdem eine Zartheit ihrer Wandungen, welche sie ebenfalls als hypoplastisch erscheinen lässt. Die kleineren und kleinsten Arterien sind häufig geschlängelt, oft sind alle Arterien mehr oder weniger atheromatös entartet. Doch brauchen atheromatöse Entartung und Schlängelung der Arterien nicht Hand in Hand zu gehen. Geschlängelte Arterien brauchen auch nicht die Spur atheromatöser Entartung zu zeigen, und letztere kann sich auch ohne jede Schlängelung der Arterien vorfinden. Das Blutgefässsystem der fraglichen Individuen trägt somit der Hauptsache nach die Charaktere der chlorotischen Constitution an sich. Es ist hypoplastisch, wie Virchow sagt, zu klein für den jeweiligen Körper und bewiesen wird das noch mehr dadurch, dass ausser ihm in demselben Körper gewöhnlich auch noch manche andere Hypoplasien gefunden werden. Insbesondere pflegen die Genitalien klein und unentwickelt zu sein und beim weiblichen Geschlechte in der Weise, dass sie einen durchaus kindlichen Habitus an sich tragen. Menstruationsanomalien sind darum auch bei derartigen Individuen an der Tagesordnung.

Wenn das Gefässsystem aber für einen gegebenen Körper zu klein ist, weil es zu dünn und eng, also in seinem Querschnitt zu klein ist, so muss es andererseits in Bezug auf diesen, da es doch

immer die Länge des bezüglichen Körpers hat, wieder zu lang sein. Das hypoplastische Gefässsystem der chlorotischen Constitutionen ist darum auch in Anbetracht seines Querschnittes und der in ihm treibenden Kraft, des Herzens zu lang. Die Folge davon ist, dass die Widerstände für das in ihm kreisende Blut zu gross sind, da diese ja mit der Länge der Röhren, in denen sich eine Flüssigkeit bewegt, wachsen, und die Folge davon wieder ist, dass der Blutdruck in diesem Systeme erhöht ist. Der Rückprall des Blutes während der Diastole des Herzens ist darum verstärkt und die Folge davon ist, dass die diastolischen Herztöne, also auch der Aortenton, um welchen es sich hier handelt, verstärkt sein müssen. Die Verstärkung dieses Tones bei Geisteskranken weist somit darauf hin, dass sie, die letzteren, ein relativ zu langes, weil re vera zu dünnes und enges Gefässsystem haben, oder mehr oder weniger chlorotische Naturen sind. Zwar können auch nervöse Einflüsse und in Folge davon eine stärkere Contraction der Arterienwände und eine daraus wieder entspringende Verengerung der Arterien dieselben Folgen haben, und bei geisteskranken, beziehungsweise nervösen Menschen hat man oft genug Gelegenheit, das zu beobachten; allein die Verstärkungen des Arterientones, welche daraus entstehen, sind vorübergehend. Mit dem Nachlass der nervösen Erregung und der davon abhängigen Spannung im Arteriensystem lassen auch sie nach und verschwinden. Die Verstärkungen desselben indessen, von welchen hier die Rede ist, sind dauernd und müssen also auch in dauernden Ursachen ihren Grund haben.

Uebrigens lassen sich nach A. aus dem Missverhältnisse, in welchem die Länge des Gefässsystems, beziehungsweise der Blutbahn zu ihrer Weite und der in ihr treibenden Kraft steht, alle die Erscheinungen ganz ungezwungen erklären, welche man so häufig mit ihr vergesellschaftet findet und die bereits erwähnt sind. Die Hypertrophie des linken Ventrikels ist eine einfache Arbeitshypertrophie in Folge der vermehrten Anstrengungen unter dem erhöhten Blutdruck. Die fettige Entartung, die Atrophie sind Folgezustände der endlichen Ueberanstrengung und voraufgegangener irritativer und selbst entzündlicher Processe auf Grund eben dieser Ueberanstrengung. Die Schlängelung der Arterien, die namentlich in der Pia mater auch an den kleinsten so oft hervortritt, ist die Folge des erhöhten Blutdrucks, unter dem nach jeder Systole des Herzens eine Streckung derselben eintritt, die schliesslich, nachdem sie Millionen Male sich wiederholt hat, bleibend und bei gleichzeitiger Vermehrung der Wandelemente der Arterien in Folge der Reizung, welche die fortwährende Dehnung ihrer Wände selbst bewerkstelligt, zu einer wahren Hypertrophie der Arterien wird, wofür sie auch Virchow bereits erklärt hat. Die atheromatöse Entartung endlich erklärt sich ebenfalls aus dem erhöhten Blutdrucke, indem derselbe eine verstärkte Reibung des Blutstromes an den Arterienwänden, speciell der Intima zur Folge hat, und diese, in Verbindung mit dem Umstande, dass sie als Theil eines hypoplastischen Organes in ihren Bestandtheilen nicht die gehörige Entwicklung erfahren haben kann, sondern mehr embryonal uud darum reizbarer, widerstands-

loser und hinfälliger geblieben sein muss, als normaler Weise es sein sollte, darum auch besonders leicht zu den Veränderungen disponirt, welche die atheromatöse Entartung bedingen. Aus den nämlichen Umständen erklärt sich deshalb aber weiter auch, warum atheromatöse Entartung und Schlängelung der Arterien so häufig neben einander vorkommen müssen, und warum die Schlängelung durchaus nicht vom atheromatösen Processe abhängt, wie man so vielfach annimmt, sondern ihre eigenen Ursachen hat. Es erklären sich sodann aus diesen Verhältnissen auch noch so manche weitere Veränderungen, welche in ihrer Gemeinschaft zur Beobachtung gelangen, unter anderen die Erweiterungen der Gefässe, die Aneurysmen und Phlebektasien; doch übergeht das Redner, weil es für jetzt zu weit führe. Eines hebt er indessen noch besonders hervor. Die Geisteskrankheit, mit welcher so häufig eine Verstärkung des Aortentones verbunden ist, scheint vielfach erst mit der Entartung des Herzens in Folge seiner gedachten Ueberanstrengung ihren Anfang zu nehmen. Begründet in einer Disposition, welche das betreffende Inividuum zu ihr von jeher besass, bricht sie doch erst aus, wenn das Herz anfängt, fremdartig zu functioniren, zu Parakinesien hinzuneigen und zu Parästhesien Veranlassung zu geben. Die Geisteskrankheiten können demgemäss, wofür auch noch eine grosse Anzahl anderer Dinge sprechen, nicht in dem Sinne für Gehirnkrankheiten gelten, wie man es heute meistens will; sondern sie sind mehr Aeusserungen einer Allgemeinerkrankung, Aeusserungen von Krankheiten der ganzen Person, wobei nur die geistigen Störungen am meisten hervortreten.

---

350) **Stenger** (Dalldorf): Beitrag zur Heilung chronischer Psychosen durch profuse Eiterungen.

(Zeitschr. f. Psychiat. etc. Bd. 37., 1881).

Eine junge, erblich belastete Dame die seit 4 Jahren alle Symptome der chronischen Verrücktheit zeigte, erlitt durch Sturz aus dem Fenster eine Zertrümmerung des l. Fussgelenkes. Die Verletzung heilte nach halbjähriger profuser Eiterung, und war während dieser Zeit auch die Psychose allmählig zurückgetreten; da die Dame auch in den folgenden 2 Jahren völlig normales psychisches Verhalten zeigte nahm Verf. gänzliche Heilung an. Als heilende Momente hebt er hervor:

1. Die sehr heftige Eiterung; 2) Den Sitz derselben an einer vom Gehirn möglichst weit abgelegenen Stelle, was für die Ableitung vom Gehirn besonders günstig gewesen sei; 3) Die anhaltende Bettruhe und die beständig ungestörte Verdauung; 4) Die von der Umgebung in der verständigsten Weise gepflogene psychische Behandlung, schliesslich auch den tiefergreifenden Einfluss, den das plötzlich eingetretene, unglückliche Ereigniss auf das kranke Gehirn ausgeübt habe.

Verf. glaubt, dass mit Hülfe des L i s t e r'schen Verbands künstlich hervorgerufene tief greifende und lange dauernde Eiterungen

der Extremitäten (bei kräftigem Ernährungszustande) in der Therapie der Psychosen vielleicht mit glücklichem Erfolge Eingang finden könnten. Bornemann (Berlin).

III. Verschiedene Mittheilungen.

351) Aus Paris. Das alte Spital „Hopital des Cliniques“ welches blos für Geburtshilfe, Gynaecologie etc. eingerichtet war, wird jetzt niedergerissen und ist der Bau der Laboratorien der schon lange begonnen wurde ernstlich wieder in Angriff genommen worden. Die Gebärklinik ist nach der rue d'Anas transferirt worden, wo alles nach den besten hygyeinischen Erfahrungen eingerichtet ist.

Rouget, Professor der allgem. Physiologie im Museum liesst in diesem Semester vor einem gefüllten Auditorium über „Bewegung bei den lebenden Wesen.“

Ein neues Journal „L'Encéphale“ erscheint jetzt bei Masson. Ball & Luys sind die Redacteurs en Chef.

Charcot, der bis jetzt pathologische Anatomie las, ist zum Professor für Nervenkrankheiten ernannt worden. Wer an seine Stelle kommt weiss man noch nicht. H.

IV. Preisaufgabe

der Königl. *Academie der Medicin zu Brüssel.*

1881—1883. (Von einem Ungenannten gestifteter Preis.) „Aufklärung über die Pathogenie und Therapeutik der Krankheiten der Nervencentren, besonders der Epilepsie, durch clinische Thatsachen und, wenn nöthig, durch Experimente.“ *Preis: 8000 Francs.* — Schluss der Bewerbung am *31. December 1883.*

Aufmunterungen von 300--1000 Frcs.. können an Verfasser gegeben werden, welche zwar den Preis nicht verdienen, deren Arbeiten jedoch eine Belohnung gebührt,

Eine Summe von *25,000 Frcs.* kann *neben* dem Preis von *8000 Frcs.* jenem Autor ausbezahlt werden, welcher einen hervorragenden Fortschritt für die Therapeutik der Nervencentren erzielt, wie z. B. die Entdeckung eines Heilmittels für die Epilepsie.

(In welcher Sprache die Arbeiten abzufassen sind ist leider bei der Ausschreibung nicht mitgetheilt. D. Red.)

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Andernach, Provinc. - Irren - Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 Mark freie Station. 2) Halle a. Saale, a. II. Volontärarzt, 1050 M. fr. Stat. b. Assistenzarzt an der psychiatr. Klinik, 8. Juni, 1500 Mark u. fr. Station. 3) Owinsk (Posen) a. II. Arzt 3000 Mark und freie Familienwohnung. b. Assistenzarzt, 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 4) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 M., fr. Stat. 5) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1200 M., fr. Stat. 6) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) Volontairarzt, sofort, 450 + 600 Mark, fr. Sat. 7) Grafenberg (Düsseldorf), Volontairarzt sofort; 600 Mark, freie Station. Meldung an den Landesdirector Frhr. v. Landsberg in Düsseldorf. 8) Sorau (Brandenb. Land-Irrenanstalt), Assistenzarzt 1. Juli, 1500 Mark, möblirte Wohnung, fr. Station I. Classe. Heizung. Beleuchtung und Arznei. 9) Dalldorf (Berlin) a) 2. Assistenzarzt; 1200 M. freie Station und Wohnung b) 2 Volontairärzte, baldigst, 600 M. fr Stat. Meldungen an das Curatorium der Irrenanstalt der Stadt Berlin. 10) Bendorf bei Coblenz, Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt, Assistenzarzt, 1. Aug. 1500 M. fr. Stat. 11) Pankow (Dr. Richter's Anstalt), Assistenzarzt; mit 1500 Mark beginnend, fr. Stat. 12) Königslutter (Braunschweig), II. Assistenzarzt, sofort, 1200 M. fr. Stat. 13) Wehnen (Oldenburg), Assistenzarzt, 1. September, 1200—1500 M., fr. Stat. 14) Düren, Volontaiarzt, 15. Juli, 600 M., fr. Stat 15) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Creutzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Gerdauen (Königsberg i. Pr.), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Krossen (Frankfurt a. O.), Königsberg i. Fr. (Coburg), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Marienburg (Hildesheim), Minden (Minden), Münsterberg (Breslau), Osterode (Königsberg), Schönau (Liegitz), Stuhm (Marienwerder), Sprottau (Liegnitz), Worbis (Erfurt), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Besetzte Stellen. Marsberg, Assistenzarzt, Herr Dr. Haase; auf die Besetzung der ausgeschriebenen Volontairarztstelle wird vorläufig verzichtet. Leubus, Volontairarzt Herr Dr. H. Dluhosch. Grafenberg, II. Arzt und. stellvertr Director, Herr Dr. Eickholt, bisher in Merzig. Düren, II. Arzt und stellvertr. Director Herr Dr. Schreiber aus Hildesheim. Merzig, II. Arzt und stellvertr. Director Herr Dr. Fabricius aus Düren; Assistenzarzt Herr Dr. Mattisen aus Lövenich.

Ernannt. Dr. Schmidt zu Tuchel zum Physicus des Kreises Graudenz. Dr. Wiehen in Hildesheim zum Kreisphysicus daselbst. San.-Rath Dr. Passauer, Kreisphysicus in Gerdauen zum Regierungs- und Medicinalrath. Dr. Berthold in Mehlaucken zum Physicus des Kreises Sensburg.

Ehrenbezeugungen. Director Dr. Nötel in Merzig erhielt das Ritterkreuz der Luxemb. Eichenkrone. San.-Rath Dr. Gross, Kreisphysicus in Ohlau; San.-Rath Dr. Paasch, Physicus in Berlin zu Geheimen San.-Räthen, Kreisphysicus Dr. Steinmann in Warendorf zum San.-Rath.

Todesfälle. Geheimer Hofrath Dr. Fischer, Director der Irrenanstalt in Pforzheim. Ober-Medicinalrath Dr. Hallwachs in Darmstadt. Kreisarzt Dr. Sames in Schlitz (Oberhessen). Kreisarzt Dr. Weber in Gernsheim. Medicinalrath Dr. Bose, Kreisarzt in Ortenburg. Kreisarzt Dr. Franc von Lichtenstein in Hungen. Kreisphysicus Dr. Plaetschke in Sprottau.

VI. Anzeigen.

Coblenz, Druck von Ph. Werle (Entenpfuhl 12).

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.
Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. 15. Juli 1881. Nro. 14.

INHALT.

I. Originalien.

Neue elektrotherapeutische Apparate für constante Ströme.

von
Dr. THEODOR STEIN.
(Frankfurt a. M.)

Die Frankfurter „balneologische Ausstellung" hat den Zweck neben dem Nachweise der Fortschritte auf speziell balneologischtechnischem Gebiete, den Aerzten und dem Publikum Gelegenheit zu bieten, auch über manche Art von ärztlichen Apparaten, und Utensilien sich ein Urtheil zu bilden. Neben einer reichen Auswahl von chirurgischen Instrumenten, Inhalationsapparaten, orthopädischen Maschinen, Verbandutensilien u. dgl. sind es vornehmlich die elektro-galvanischen Heilapparate, welche die Aufmerksamkeit

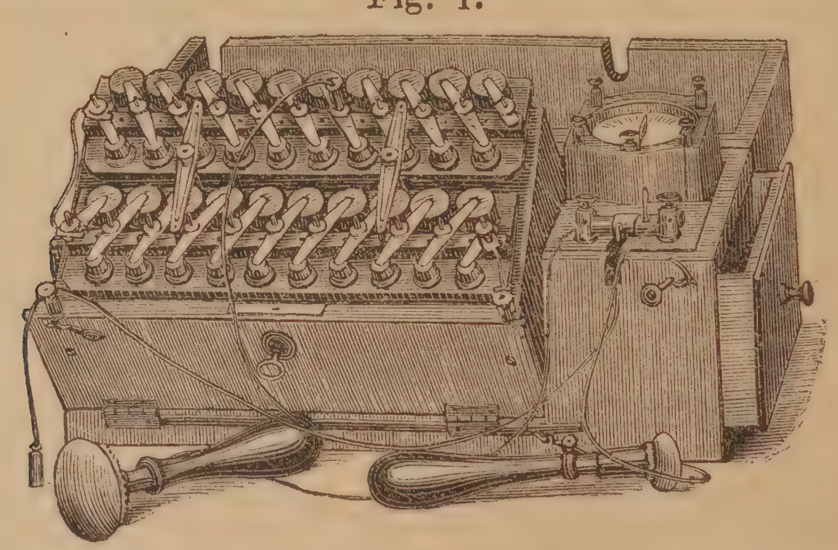
der Fachgenossen auf sich ziehen, einerseits weil solche in sehr reichlicher Zahl, sowie in vorzüglicher Ausstattung zu sehen sind, andererseits weil unter denselben einige Novitäten ausgestellt, welche in der That als vollkommen, sowohl in der Idee, als in der Ausführung neu und vorzüglich bezeichnet werden dürfen.

In erster Linie ist es die Firma Dr. Stöhrer u. Sohn, welche unsere Aufmerksamkeit auf sich zieht. Stöhrer war bekanntlich der erste in Deutschland, welcher praktische Batterien für ärztliche Zwecke construirte. Seit einigen Jahren hat sich der Genannte mit seinem Sohne, Dr. phil. Emil Stöhrer verbunden und beide, der Vater mit Hülfe reicher praktischer Erfahrungen, der Sohn, unterstützt von namhaften physikalischen Kenntnissen arbeiten nun gemeinschaftlich an der steten Vervollkommnung ihrer Spezialitäten. Die Frankfurter Ausstellung giebt unter Nro. 1776 einen Begriff von der Brauchbarkeit und der Trefflichkeit der von den Genannten fabrizirten Apparate.

Stöhrer hat zuerst im Jahre 1844 magnet-electrische Maschinen und 1857 die ersten Inductionsapparate zum Gebrauch für Aerzte, eingeführt. Batterien für constanten Strom und cylinderförmige Elemente wurden 1863, Plattenbatterien 1867 von ihm construirt. Die Plattenbatterien wurden je nach dem Bedürfniss in verschiedenen Grössen mit Glas- oder Hartgummizellen gebaut. Ein wichtiger und von vielen Seiten anerkannter Bestandtheil dieser Batterien ist der von St. construirte Schlussschieber mit Commutator, welcher in einfachster Weise Veränderung der eingeschalteten Elementenzahl ohne Unterbrechungen, Stromwechsel, schnellen Schluss und Oeffnung ermöglicht. Diese letzteren Batterien fanden wegen ihrer Constanz, ihrer bequemen Handhabung und einfacher Instandhaltung bekanntlich eine grosse Verbreitung.

Um nun den jetzigen vielseitigen Anforderungen Genüge zu leisten, fertigt die Firma Stöhrer & Sohn schon seit einiger Zeit zu gleichen Zwecken Apparate neuer Construction an.


Fig. 1.

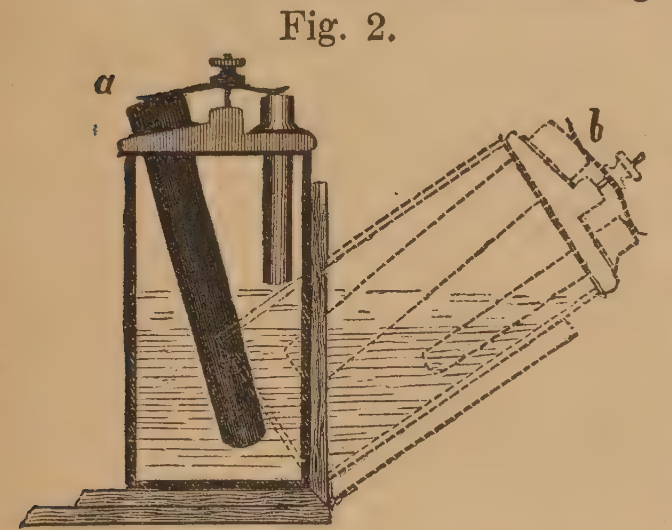


In erster Linie ist es eine Handbatterie mit geschlossenem Zellenkasten, welche unsere Aufmerksamkeit fesselt. Während früher die Stöhrer'sche Handbatterien, sogenannte Tauchbatterien, dadurch in Thätigkeit gesetzt wurden, dass man mittelst einer zu

lösenden Handhabe Kohle und Zinkplatten in die unter denselben befindliche Säure durch Tiefstellen einsenkte, wird bei dem neuen Apparate (Fig. 1.) die den Strom erregende Flüssigkeit, durch Schiefstellen des ganzen Elementenkastens mit den Metallen in Contakt gebracht und dadurch der Strom erzeugt. Der Apparat in Fig. 1, in $1/8$ natürl. Grösse abgebildet, wiegt mit Füllung 7 Kilogramm. Es ist an demselben neben den Elementen ein Galvanometer angebracht, um die Stärke der Ströme zu messen, sowie ein praktischer Stromwender um deren Richtung zu verändern.

Aus der Durchschnittszeichnung (Fig. 2) ist das Einragen der mit Kopf versehenen Kohlen- und Zinkcylinder ersichtlich; dieselben werden durch federnde Metallstreifen, die zugleich zur Verbindung zweier Elemente dienen und mittelst Schraubenmuttern befestigt sind, fest auf den Deckel gedrückt. Die Zinkcylinder sind etwas kürzer als die *halbe Höhe* der Zellen, bis auf welche die Füllung eingegossen wird. Bei horizontaler Stellung der Kasten wird daher das Zink von der Flüssigkeit nicht berührt, während die tief einragenden Kohlen bei jeder Stellung mit gleicher Fläche eintauchend bleiben. Die Zellenkasten lassen sich durch *Umlegen* und Feststellen der Vorderwand des Mahagonikastens mehr oder weniger schräg stellen, wie die Abbildung zeigt, wodurch der Strom schwächer oder stärker.

Fig. 2.



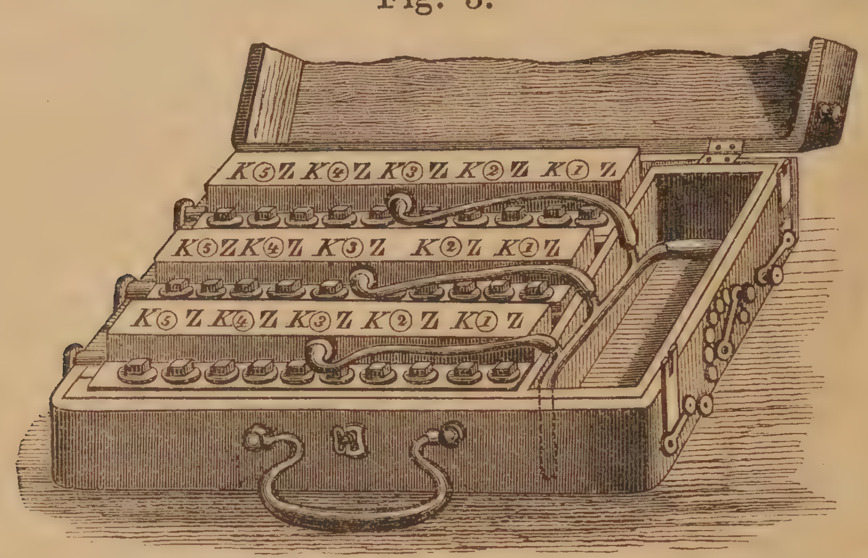
Die Aus- und Einschaltung der einzelnen Elemente geschieht bei dieser Batterie durch eine mit Metallhülsen versehene Doppelschnur, sog. Stöpselvorrichtung, auch wird ein kleiner, an einer Schnur zu befestigender Schlussschieber beigegeben. Ausserdem befinden sich in den Zwischenwänden der Zellenkasten runde Oeffnungen, welche gestatten, bei'm Nichtgebrauche des Apparates, die Flüssigkeit in den einzelnen Zellen sich mischen zu lassen, so dass solche im ganzen Apparate eine Fläche bildet. Sobald die Batterie geneigt wird, kommen sämmtliche Oeffnungen aus der Säure und jede Zelle ist *mit* ihrer Flüssigkeit von der Nachbarzelle getrennt.

Ausser diesem Apparat neuester Construktion hat E. Stöhrer noch eine weitere Zahl von hochinteressanten Instrumenten zu elektro-therapeutischen Zwecken zur Anschauung gebracht.

Nächst der Firma E. Stöhrer & Sohn excellirt auf der genannten Ausstellung die Firma E. M. Reiniger Universitätsmechaniker in Erlangen, dessen Ausstellungsgegenstände sich ganz besonders durch ingeniöse Neuerungen auszeichnen. Ausser einer grossen Anzahl von elektro-therapeutischen Apparaten nach älteren Systemen hat Reiniger eine communicirende Winkelzellenbatterie geliefert, welche in Bezug auf Erfüllung praktischer Erfordernisse für den Arzt, eine der besten Zusammenstellungen ist, die dem Re-

ferenten je begegnet. Letzterer kann um so mehr die Trefflichkeit dieser neuen Erfindung betonen, als er seit mehreren Wochen einen solchen Apparat in seiner Privatklinik in täglicher Benutzung hat, ohne bis jetzt, irgend wie eine Unregelmässigkeit oder einen Nachlass in der Wirkung des dem Apparate entfliessenden galvanischen Strome, bemerkt zu haben. Diese neue galvanische Batterie für constanten Strom hat bei kräftiger Wirkung möglichst kleine Dimensionen und geringes Gewicht, (gefüllt 2,85 Kilo, Fig. 3.

Fig. 3.



$^1/_5$ natürlicher Grösse) ist leicht und bequem zu handbaben und kann in Folge ihrer eigenartigen Construction auf die weitesten Strecken hin versandt und, selbst, wenn sie gefüllt ist, ohne jeden Nachtheil überstürzt und geschüttelt werden. Anstatt der bisher zu ähnlichen Zwecken meist gebräuchlichen Elemememte mit mehr oder weniger offenen Glas- oder Hartgummigefässen, in welche Kohlen- und Zinkstäbchen (resp. Platten) eintauchen, werden bei dieser Batterie vollständig verschliessbare winkel- oder stufenförmige längliche Hartgummikästchen (Fig. 4.) benutzt, welche durch Zwischenwände in 5 Abtheilungen oder Zellen getheilt sind. In jede dieser Zellen (Fig. 5.) ist auf dem Boden eine viereckige Kohlenplatte (Fig 5 K) schon beim Anfertigen der Hartgummigefässe mit einvulkanisirt worden, die je für ein Element die Kohlenelectrode bildet. Als Zinkelectrode des Elementes dient ein, in dem Winkelausschnitt des Kastens in jede Zelle eingeschraubtes Zinkstäbchen (Fig. 5. Z), das der Kohlenplatte

Fig 4.

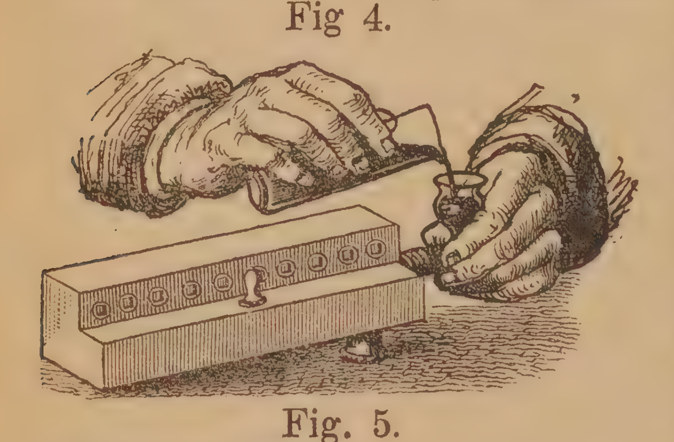
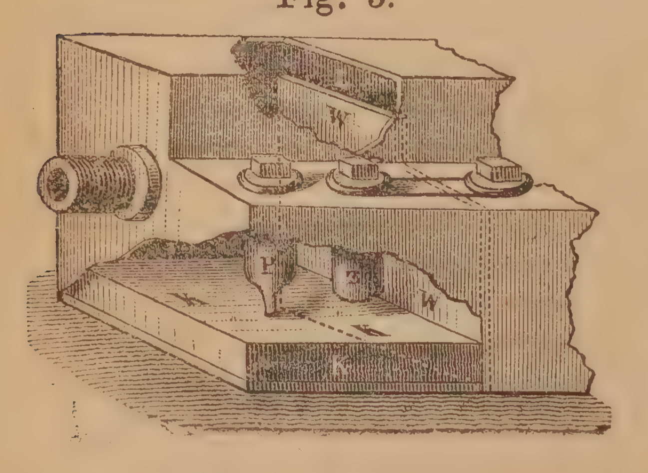


Fig. 5.



direct gegenüber steht und mit seinem untersten Theile nur einige Millimeter von derselben entfernt ist.

Die Verbindung der Kohle mit dem Zink des nächsten Elementes geschieht durch einen isolirten Bleistab, (Fig. 5 P) in welchem unten ein Platindraht eingeschmolzen ist, der auf die Kohle aufstösst. Die Zwischenräume des Zellen-Kastens oder Scheidewände der einzelnen Zellen haben gegen die obere Seite hin einen Ausschnitt (Fig. 5 L), so dass beim Umlegen des Zellenkastens (Fig. 6.) eine Communication der in den einzelnen Zellen befindlichen Säure stattfinden kann, wodurch es auch ermöglicht wird, in dieser Lage durch einen seitlich am Zellenkasten befindlichen Ansatz alle fünf Zellen oder Elemente auf einmal zu füllen (Fig. 4.). In dieser Stellung wird nur ein kleiner Theil der Kohlenplatten der einzelnen Elemente bespült, während die Zinkstäbchen sich vollständig ausser Säure befinden (Fig. 7.) und die Elemente demnach ausser Wirksamkeit gesetzt sind. Beim Gebrauch der Elemente (Fig. 8.) befindet sich der Ausschnitt oben, die Säure in den einzelnen Zellenelementen ist getrennt, während die Luft communicirt und demnach die in den Elementen sich entwickelnden Ausdünstungen oder Gase durch ein in der Mitte des Zellenkastens im Winkelausschnitt angebrachtes kleines Ventil entweichen können. Die Elemente werden demnach durch einfaches Umlegen (Fig. 9 u. 10.) in und ausser Säure, resp. in oder ausser Thätigkeit gesetzt. Zu einer Batterie, die für die meisten Fälle der ärztlichen Praxis ausreicht, wird ein Mahagonikasten mit drei der beschriebenen 5 elementigen communicirenden Zellenkästen benutzt und zwar können die letzteren in dem Mahagonikasten beliebig untereinander verwechselt sowie umgelegt werden. Die Leitung des Stromes von den einzelnen Elementen führt nach kleinen Messingknöpfen, die an der einen Aussenseite des Mahagonikastens im Halbkreis angebracht sind, so dass durch eine Kurbel der Strom einer beliebigen Anzahl Elemente eingeschaltet, resp. nach den Klemmschrauben für Zink- und Kohlenpol, in welche die Leitungsschnüre mit den Rheo-

Fig. 6.

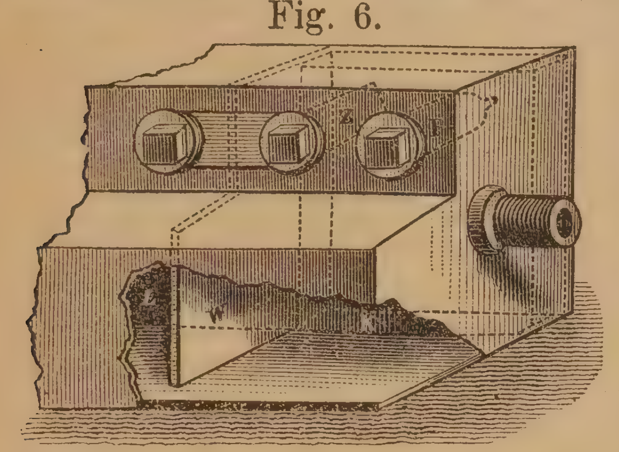


Fig. 7.

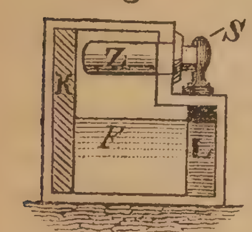


Fig. 8.

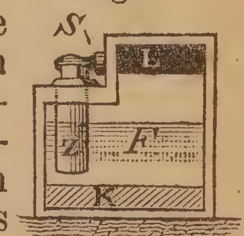
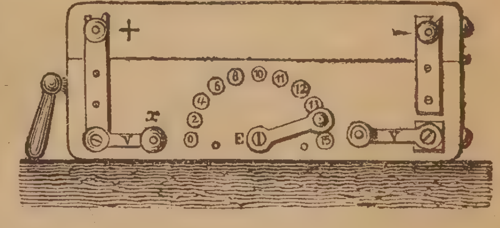


Fig. 9.

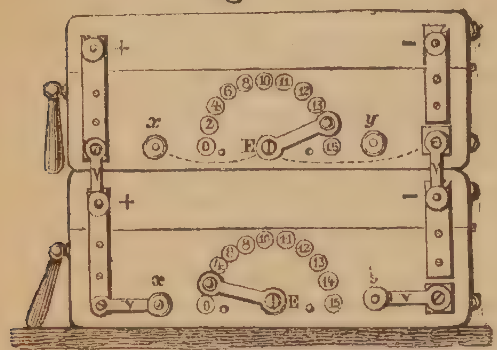


Fig. 10.



phoren zu befestigen sind, hingeleitet werden kann. Benöthigt man mehr Elemente, so wird ein zweiter Apparat (Fig. 11.) auf ein-

Fig. 11.



fache Art mit dem ersten verbunden (verkuppelt) so dass man den Strom beider Apparate benützen und die doppelte Wirkung erzielen kann.

Eine Batterie mit 15 Elementen in Mahagonikasten hat eine Länge von 28 Ctm. eine Breite von 19 Ctm. und eine Höhe von 7,5 Ctm. und ihr Gewicht beträgt 2,5 Kilo.

Ihre Hauptvortheile sind:

1) Kleiner Umfang und geringes Gewicht bei starker Wirkung.

2) Unzerbrechlichkeit der Kohlen und Elementengefässe.

3) Bisher unerreichte leichte Transportabilität und Sicherheit vor jeder Verunreinigung der Verbindungen und des Inneren des Batteriekastens durch Säure bei unvorsichtigem Schütteln oder Ueberstürzen d. Apparates.

4) Vereinfachung der Füllung, da fünf Elemente zugleich gefüllt werden können.

5) Leichte Art, die Elemente in und ausser Säure zu bringen.

6) Möglichkeit, je 5 Elemente in und ausser Thätigkeit zu setzen, wodurch die Elemente geschont werden können.

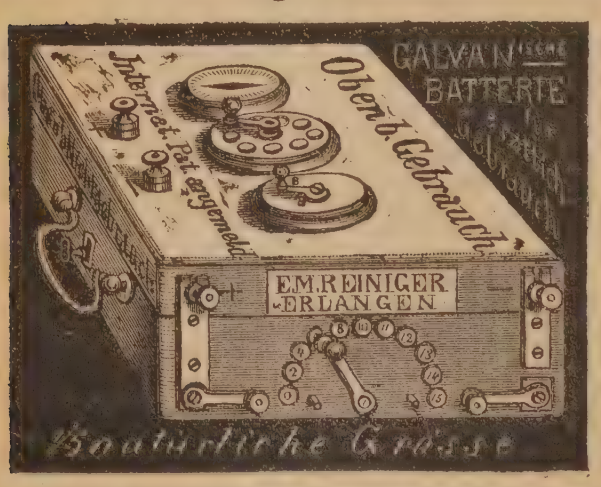
7) Möglichkeit, je 5 Elemente beliebig zu vertauschen, wodurch dieselben gleichmässig abgenützt werden.

8) Leichter billiger Ersatz aufgebrauchter Zinkstäbchen durch Einschrauben von Reservezink.

9) Grösstmögliche Ausnützuug der Säure durch Communication und Ausgleichung derselben beim Nichtgebrauch.

10) Praktische flache Befestigung von Galvanometer, Kurbelrheostat nach Siemens'schen Einheiten, Stromwender und Stromwähler an der Aussenseite des kleinen Batteriekastens.

Fig. 12.



Ausser diesem ingeniösen kleinen transportablen Apparate, welchen wir mit seinen reichlichen Nebenapparaten in Fig. 12 zum Transport bereit abgebildet sehen, hat Reiniger noch eine grössere Zahl von elektrischen Apparaten für ärztliche Zwecke, insbesondere für Hospitäler und Specialisten ausgestellt, welche ebenfalls unsere volle Anerkennung verdienen.

Was die übrigen Firmen anlangt, welche elektrotherapeutische Apparate zur Anschauung gebracht haben (C. & E. Fein in Stutt-, gart unter Nro. 1771, Hermann Hess in Berlin Nro. 1772

W. A. Hirschmann in Berlin Nro. 1773 und Mayer & Wolf in Wien Nro. 1774, so sind deren Ausstellungsgegenstände, insbesondere die Apparate von Hirschmann und Mayer & Wolf von vorzüglicher Arbeit und Qualität, sowie allen Anforderungen des ärztlichen Gebrauches entsprechend. Da wir jedoch prinzipielle *Neuerungen* an denselben nicht entdecken konnten, so möge deren anerkennende Erwähnung an diesem Orte genügen.

Während bis noch vor wenigen Jahren, ausser von Emil Stöhrer, in Deutschland keine genügenden betr. Apparate erhältlich waren, und der Hauptbedarf aus Paris gedeckt werden musste, beweist die Frankfurter Ausstellung, wie sehr sich auch auf diesem Gebiete die deutsche Industrie gehoben hat, welche nun der französischen nicht nur gleich steht, sondern sie sogar an Solidität und Leistungsfähigkeit in manchen Punkten merklich übertrifft.

II. Referate.

352) **Zur Nervendehnung**: Zehnter Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. (Berlin den 6. April 1881).

H. Langenbuch (Berlin): *Zwei Fälle von Nervendehnung bei Rückenmarksleiden.* Bei einer 30jährigen Frau seit 6 Jahren tabetische Erscheinungen: Verlust des Sehnenreflexes, Anästhesie der beiden Beine. Veränderung der motorischen Kraft derselben, Ataxie im höchsten Grade; heftige Magenkrisen. Diagnose von Prof. Westphal auf *Entartung der Hinter-* und *Seitenstränge des Rückenmarkes* gestellt. Anfangs März 1881 *Dehnung des rechten N. Ischiad.* Nach wenigen Stunden vollständige Rückkehr der Sensibilität und Schwinden der Ataxie, sowie Aufhören der fulguranten Schmerzen. Pat. kann mit geschlossenen Augen gehen, ohne zu fallen. Die Magenstörung hat bedeutend nachgelassen.

Dehnung des N. medianus dext. bei Epilepsie. 32jähriger Zimmermann fällt anfangs März vom Baugerüst. Erst nach einigen Tagen kehrt die Besinnung wieder und bald darauf stellten sich starke epileptische Krämpfe ein, die fast ohne Unterbrechung fortdauern. Bei der hohen Erschöpfung des Pat. wird eine Dehnung des N. medianus beschlossen, um dadurch die Reizung der Medulla oblongata zu beseitigen. Durch die Chloroformnarkose hören die Anfälle auf, stellen sich aber beim Erwachen des Pat. wieder ein. Erst jetzt wird in der rechten Achselhöhle der N. median. centralwärts gedehnt. Bei jeder Traction kontrahirte sich die rechte Gesichtshälfte. Gleichzeitig trat Pulsverlangsamung ein. Die epileptischen Krämpfe hörten sofort auf und sind seitdem nicht wieder aufgetreten.

In der *Diskussion* entgegnet H. Langenbuch auf die Anfrage des Herrn v. Langenbeck, ob man immer nur das centrale Ende des Nerven dehnen solle, dass die Frage, ob wirklich die Einwirkung auf das Centralorgan den Effekt hervorrufe, noch nicht gelöst sei. Bei convulsivischen Zuständen würde er kein Bedenken gegen die Dehnung des peripherischen Endes haben.

Hr. Neuber (Kiel) theilt eine Beobachtung mit, welche den Enthusiasmus für die Nervendehnung etwas herabdrücken muss. In einem Falle, in welchem die Dehnung wegen Ischias vorgenommen wurde, ist eine dauernde Lähmung zurückgeblieben.

H. Langenbuch hat in 24 Fällen von Ischiadicusdehnung niemals eine Lähmung gesehen.

---

353) **Becher** (Berlin): Ueber einen Fall von Tabes dorsalis.

(Vortrag im Berliner Verein für innere Med. 20. 6. 1881.)

Der Fall beweisst, dass das Kniephänomen noch bestehen kann, wo Ataxie und alle sonstigen Erscheinungen der Tabes vorhanden sind. Die Pat. empfand im Jahre 1869 zuerst heftiges Zucken im Arm unter der linken Brust. Verschiedene Mittel blieben ohne rechten Erfolg. Im Jahre 1878 erhielt Pat. von ihrem Ehemann einen Schlag an den linken Hinterkopf und stürzte zusammen. Sie empfand darauf heftige Schwäche in sämmtlichen Extremitäten, Kribeln und taubes Gefühl in den Fingerspitzen. Das Schwächegefühl in den Beinen schwand nach einigen Tagen, während es in den oberen Extremitäten bestehen blieb. Nach einigen Wochen stellte sich intensives Gürtelgefühl ein. Patient brauchte Baunscheidtismus, und 51 Grm. Salicylsäure in Bethanien. $1^1/_2$ Jahre später empfand sie Taubsein der linken Fusssohle, konnte aber noch gehen bis endlich auch Unsicherheit im Gehen enstand. B. sah die Pat. zuerst im September vorigen Jahres. Es war vollständige Ataxie vorhanden, Pat. schwankte, fiel im Dunkeln um; die rechte Pupille war um das Doppelte grösser als die linke. Beim Prüfen des Kniephänomens sprangen beide Knie auf das Lebhafteste in die Höhe. Noch am 14. October war diese Erscheinung vorhanden; am 21. October jedoch, wo B. die Pat. fiebernd im Bett fand, war das Phänomen vollständig verschwunden. Die Kranke lag damals etwa 14 Tage zu Bett. Im Wesentlichen ist auch jetzt noch durchaus derselbe Befund vorhanden. Der Fall ist interessant durch das akute Schwinden des Kniephänomens. Gewiss hat die Kranke schon im Jahre 1868 Tabes gehabt, allein durch das Trauma hat sie eine wesentliche Steigerung erfahren. Die Schlüsse die B. zieht, sind: 1. dass bei Tabes das Kniephänomen nur dann schwindet, wenn eben das Reflexcentrum verschwunden ist, 2. dass dasselbe im Schenkel seinen Sitz hat, nicht aber im unteren Rückenmark.

D. Med. Z.

---

254) **Palliard** (Paris): Aphasie avec lésion classique.

(Gazette médicale; Societé d'Anatomie, 26. November 1880.)

Patient, 39 Jahre alt, wird am 26. August 1880 im Spital St. Antoine von Hayem aufgenommen. Rechte Hemiplegie; kann nicht sprechen. Am 15. Septbr. leichte Besserung der Hemiplegie; beginnt ein wenig zu sprechen. Am 15. October fast ganz gut, geht herum und spricht ziemlich geläufig. Am 12. November befindet sich der Kranke wieder schlecht, die Füsse sind oedematös, eine hypostatische Pneumonie kommt und der Kranke stirbt.

Autopsie: Pneumonie des rechten unteren Lungenlappens. Insufficientia aortica. Artheromatöse Klappen. Linke Gehirnerweichung längs der Broca'schen Gehirnwindung, am Fusse der aufsteigenden Scheitelwindung und der Insel, ebenso noch der innern Capsel, wie auch des lenticulären Kerns. Embolie am Theilungspunkte der Art. Sylvii. Hager (Paris).

---

255) **Ball** (Paris): Considérations sur l'ischémie cérébrale fonctionelle.

(L'Encéphale Nro. 1.)

Autor spricht von neuen Fällen *plötzlicher* Stummheit die ihn in seiner Hypothese, dass selbe durch plötzliche Hirngefässkrämpfe gewisser Gehirndistricte hervorgerufen werden, nur bestärken. Ein Kranker, von dem Autor spricht, verlor plötzlich alle Functionen die ihn mit der Aussenwelt verbinden, er *vegetirte* in wahrem Sinne des Wortes. Es kam nach 4 Wochen zu gradueller Besserung und der Kranke wurde aus dem Spital entlassen. Es kann dieser Krankheitsverlauf nach Ball nur durch eine plötzliche functionelle Gehirnischämie erklärt werden. Hager (Paris).

---

356) **Brown-Sequard:** Verschiedene Mittheilungen über die Wirkung des Chloroform und Chloral bei Application auf die Haut oder Schleimhäute.

(Progr. méd. 1880 und 1881.)

Br. S. theilte in verschiedenen Sitzungen der Société de Biol. seine darauf bezüglichen Beobachtungen mit und seien dieselben hier kurz erwähnt.

Application von Chloroform auf die Nasenschleimhäute ruft plötzlichen Respirationsstillstand hervor. Ein ähnlicher *hemmender* Einfluss, jedoch weniger deutlich wird auch auf das Herz ausgeübt. — Application auf die Mucosa laryngis wirkt ebenfalls *hemmend* und bedingt vollständigen Herzstillstand. Dagegen ruft die Einwirkung des Chloroform auf die Schleimhaut des Mundes und Rachens *beschleunigte* Respiration und Herzaction hervor.

Wird Chloroform oder Chloralanhydrit auf die Haut gebracht, so tritt *Verlangsamung* der Respiration ein. Diese hemmende Wirkung für die Respiration besteht auf der *entgegengesetzten* Seite. Die Erregbarkeit des Nerv. phrenicus und des Zwergfelles der correspondirenden Seite ist wie die galvanische Untersuchung zeigt, sowohl gegen die der anderen Seite als auch absolut verstärkt.

Giesst man Chloroform in den äusseren Gehörgang eines Meerschweinchens, so wird das Thier auf dieser Seite complet *anästhetisch* und es stellen sich Convulsionen und Drehbewegungen nach dieser Seite ein, gerade wie bei der Verletzung der Canal. semicirculares. Diese Phänomene verlieren sich oft erst nach 8 Tagen. —

Br. S. fasst die Wirkung des Chloroform und Chlorals auf die Leistungsfähigkeit der Nerven nicht als eine Resorptionswirkung auf, sondern als Contactwirkung, indem der Reiz von dem durch das Chloroform getroffenen Nerven auf andere Partieen des Nerven-

systems weiter geleitet werde. Br. S. erhielt nämlich bei Wegnahme des Herzens und Entfernung des Blutes beim Frosch bei Application von Chloroform auf die Haut genau dieselben anästhetischen Erscheinungen, wie auch vorher beim intacten Thiere.

Halbey (Bendorf).

---

357) **Brown-Sequard:** Dynamogenie des Nerven.

(Progr. med. 1881. Nro. 4.)

„Dynamogenie" des Nerven nennt Br. S. die Eigenschaft desselben, dass seine Leistungen durch Einwirkung auf verschiedene, entfernt von ihm liegende Partien des Nervensystems verstärkt werden können. Eine solche Dynamogenie wird z. B. bei halbseitiger Durchschneidung des R.-M., wodurch Hyperästhesie auf der dem Schnitte correspondirenden Seite auftritt, beobachtet, die nicht, wie früher angenommen wurde, von einer übermässigen Ernährung durch vermehrte Blutzufuhr zum R.-M. herrührt, weil dieselbe Beobachtung auch gemacht wird, wenn alle zum R.-M. gehenden Blutgefässe abgeschnitten werden. Hemisection des Gehirns und des verlängerten Markes verstärken selbst dann, wenn das Herz ganz weggenommen ist die Erregbarkeit des gleichseitigen Nerv. ischiadicus, wie man sich durch die Galvanisation überzeugen kann. Durchschneidet man den Nerv. ischiad. so verstärkt man die Erregbarkeit des peripheren Endes, welche durch jeden neuen Schnitt nach der Peripherie hin noch weiter zunimmt.

Umgekehrt existirt auch ein die Erregbarkeit verstärkender Einfluss vom Nerv. ischiadic. ausgehend auf das R.-M., Medulla oblong. und die motorischen Gehirncentren, jedoch auf der anderen Seite.

Zu der dynamogenetischen Wirkung gehört auch die Erscheinung, dass nach der Application von Chloroform auf irgend einer Stelle der Haut eines eben getödteten Thieres die Erregbarkeit der motorischen Nerven wenigstens noch eine Stunde dauert, während sie sonst gewöhnlich nach 10 bis 15 Minuten erlöscht.

Halbey (Bendorf).

---

358) **Aronheim** (Berlin): Ueber einen Fall von Neuralgia supraorbitalis.

(Vortrag im Berliuer Verein für innere Medicin 20. 6. 1881).

Es handelt sich um einen Herrn von 64 Jahren, der in sehr guten Verhältnissen lebt. Das Leiden fing genau vor 2 Jahren bei dem Pat. an, der vorher nur an neuralgischen Schmerzen am Arm und an Interkostalneuralgie gelitten hatte, und zwar trat am linken Augenwinkel Schmerz und Röthung auf. Am 20. Juni Mittags bekam Pat. etwas Fieber; am Abend zeigten sich an der Stirn kleine Pusteln, und schon am nächsten Tage trat eine enorme Herpesbildung auf, welche, wie Variola, über die ganze Stirn confluirte und das ganze linke Augenlid okkupirte. Die Schmerzen liessen allmählich nach und der Herpes heilte ab. Am 8. Juli bekam Pat. plötzlich Mittags einen furchtbaren Schmerz an Auge und Stirn, noch unter den Ge-

schwüren der Stellen, so dass nichts weiter übrig blieb, als eine Morphiuminjection zu machen. Am nächsten Tage trat eine äusserst heftige Iritis ein, die 8 Wochen dauerte, seitdem bestehen die neuralgischen Schmerzen. Pat. ging dann nach Schlangenbad, jedoch ohne Erfolg. Die Schmerzen kamen fast den ganzen Tag mit wenigen Unterbrechungen. In der Nacht schlief Pat. merkwürdiger Weise sehr gut ohne Narkotika. Den Winter hindurch hielt die Neuralgie an. Wurden die neuralgischen Schmerzen grösser, so bekam Pat. stets eine Konjunktivitis. Im Sommer ging er ins Hochgebirge; die Schmerzen blieben. Endlich entschloss sich Pat., die Resektion des Nerven vornehmen zu lassen. Dieselbe wurde vor etwa 4 Wochen von Herrn Geheimrath Leyden ausgeführt; alsdann Lister'scher Verband. Heilung der ziemlich grossen Wunde innerhalb 8—10 Tagen. Der Nerv ist in einer Länge von 2—3 Ctm. bis zum Foramen herausgenommen. Aber statt der wenigstens auf kurze Zeit erhofften Linderung ist der Schmerz geblieben, ja Pat. behauptet, die Schmerzen seien noch unerträglicher. Die linke Stirnseite ist unempfindlich, aber Pat. spürt ein enormes Brennen unter der Haut und hat jetzt auch Nachts keine Ruhe. Die Operation ist also vollständig vergeblich gewesen. — Im Anschluss an diese Mittheilung demonstrirt Hr. Leyden mikroskopische Präparate von Längs- und Querschnitten des resecirten Nerven. Er hält den Vorgang für eine starke Neuritis, deren Sitz bis auf das Ganglion Gasseri zurückzuführen sei. D. Med. Z.

---

359) **Leber**: Beobachtung und Studien über Orbitalabscess und dessen Zusammenhang mit Erysipel und Thrombophlebitis, sowie über die dabei vorkommenden Complicationen, insbesondere Sinusthrombose, Hirnabscess und Abscesse in der Temporalgegend.
(Gräf. Archiv. f. Ophth. XXVI. 3. p. 212—263.)

1. p. 224—244. Orbitalphlegmone nach leichtem Erysipelas faciei bei einem 25jährigen Manne, links beginnend, in Verlauf von 2 Tagen zu totaler Erblindung führend, am 3. Tag tödlicher Ausgang durch eitrige Meningitis und Sinusthrombose. Section ergab: Eitrige Pflegmone des orbitalen Bindegewebes der Augenmuskeln, Orbitalvenen und der Sinus cavernosi. Pachymeningitis interna fibrino-purulenta, Arachnitis pur. basilaris. Erweichungsheerde im Pons. Eiter in den Seitenventrikeln. Alte Aortenklappen =, frische Mitral Endocarditis; Aortenklappen-Insufficienz. — Die Fortpflanzung der Entzündung auf die Schädelhöhle scheint bei Orbitalabscess fast ausschliesslich durch Vermittlung der Venen zu geschehen, die Uebertragung auf das zweite Auge kann extracraniell durch die Verbindung der venae frontales et subraorbitales, oder durch die sinus intercavernosi in der Schädelhöhle in rückläufiger Richtung auf die venae ophthalm. der anderen Seite statthaben. — Kritische Uebersicht der Literatur-Angaben. —

2. p. 245—248. Rechtsseitige Orbitalabscedirung bei einem ca. 25 Jahr alten Mädchen. Verlust des Auges durch Cornealgeschwür und Phthisis bulbi. Grosser Abscess in der Schläfengegend. Tod

durch multiple Gehirnabscesse. Section: Kleine Venen der Pia thrombosirt, im unteren Lappen des Grosshirns rechts finden sich mehrere mit gelbem Eiter gefüllte und mit ziemlich glatter Wand versehene Abscesse, ebenso nahe der unteren Fläche des rechten Stirnlappens. Die Entstehung dieser Abscesse ist nur durch Fortleitung auf der Bahn der in die Schädelhöhle führenden Venen zu erklären.

3. p. 249—257. *Orbital- und Lidabscess* und tiefe *Abscesse in der Schläfengegend* der linken Seite, *Necrose der Schädelknochen* in der Gegend des unteren Endes der Kranznaht und des Orbitaldaches bei einem 6 wöchentlichen Kinde. *Thrombose der Sinus transvers., cavernos. u. petros. super.* sin; *eitrige Meningitis*, Gehirnabscesse in der unteren Fläche des linken Stirnlappens, an gleicher Stelle des rechten Frontallappens ein gleicher Abscess. —

4. p. 258. *Fibrosarcom* den rechten oberen Nasengang abschliessend und dadurch bedingte Eiterretention *Exophthalmus*, recidivirende Entzündungen des Orbitalgewebes, bei der letzten raschen Erblindung durch Sehnervenatrophie. Phegmone der linken Parotisgegend, *Aphasie, rechtsseitige Hemiplegie.* Tod. *Thrombose beider Sinus carvernosi, eitrige Meningitis*, bei einem im mittleren Lebensalter stehenden Individum. Die Vermittelung wahrscheinlich durch Thrombophlebitis einer kleinen Vene der inneren Nase, ethmoid post. vel. antic. Thrombose der mit ihr direct communicirenden vena ophthalmica und durch diese wieder der beiden sin. cavern. u. des sinus circularis. Nieden (Bochum).

---

360) **James Spalding** (Portland): Fall von intracraniellem Tumor der während der Dauer von 5 Jahren mit ausgesprochenen Augensymptomen complicirt war. Tod. Autopsie.

(Arch. f. Augenheilk. X. 3. p. 312.)

Bei dem völlig gesunden, 20 Jahre alten Patienten, zeigte sich zuerst eine Lähmung des *linken* Abducens, die bald wieder schwand. $^1/_2$ Jahr später trat eine vollständige Paralyse des Oculomotorius des *rechten* Auges ein. Diese blieb stets dieselbe, dabei wurde Patient von Kopfschmerzen gequält. 3 Jahre später konnte das intracranielle Leiden mit Sicherheit constatirt werden, am linken Auge begannen neben Mydriasis die Anfänge einer Neuritis optica. Zugleich traten Spuren von Paraplegie auf. Nach weitern $^3/_4$ Jahre konnte die Neuritis auch rechts constatirt werden mit Uebergang in Atrophie. Links bestand Nystagmus und Facialis-Parese. Amaurose folgte, Sensorium und Gehör intact. Section ergab einen 6 Ctm. hohen, 15—18 Ctm. im Umfang messenden Tumor, der vom proc. clinoid. anter. bis 2 Ctm. vom Foram. magn. hinreichte und seitwärts bis zur pars petros. der Schläfenbeine. Er bestand aus 2 Lappen. Ein zweiter Tumor von Wallnuss-Grösse lag unter der vorderen unteren Oberfläche der linken Hemisphäre. Mikrosk. Befund fehlt. —

Nieden (Bochum).

---

361) **Chisolm Julian** (Baltimore): Tetanus in Folge von Enucleation eines Auges.

(Arch. f. Augenheilk. X. 2. p. 213.)

Bei einer 71 jährigen Frau wurde die Entfernung des an einer von der Chorioidea ausgehenden, sehr gefässreichen Granulationsgeschwulst (Sarcom?) vorgenommen; die Operation verlief ohne alle Zwischenfälle, eine nach einigen Stunden eintretende Blutung machte die Anwendung von Liquor ferri nöthig. Heilung normal. Am 15. Tage nach der Operation die ersten Symptome von Tetanus in Form von Schluckbeschwerden, während die anderen nervösen Complicationen als Kinnbackenkrampf sich erst am 18., Opisthotonus am 22. Tage nach der Operation einstellten, und der Tod am darauf folgenden Tage folgte. — (Die Todesursache wahrscheinlich durch jauchig zerfallene Thromben in Folge der lig. ferr. Behandlung. Ref.)

Nieden (Bochum).

---

362) **Holst** (Riga): Ueber das Verhältniss der Hysterie und einzelner nervöser Symptome zu der Gynäcologie.

(Archiv f. Psych. etc. Band XI, 3.)

Die Hysterie wird von manchen Gynäcologen noch viel zu häufig auf Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane zurückgeführt. Die Hysterie kann allerdings in einigen Fällen einer Erkrankung der Geschlechtsorgane wie: Retroflexion, chronische Metritis, Gebärmuttercatarrh etc. den ersten Anstoss zu ihrem Entstehen gegeben haben, doch wird der tiefere Grund zu ihrem Ausbruch stets in einer nervösen Prädisposition, — meistens in hereditärer Anlage — gesucht werden müssen. Auf diesem günstigen Boden werden in solchen Fällen durch die lokale Erkrankungen chronische Reizzustände in dem Genitalnervensystem erzeugt, die auf Ernährungsstörungen zurück zu führen sind und ihrerseits das ganze Nervensystem unter dem bekannten Bilde der Hysterie in Mitleidenschaft zu ziehen vermögen. Derartige Reizzustände können sich aber bei Prädisponirten auch von selbst in den Genitalnerven entwickeln unter dem Bilde einer idiopathischen Neurose, während es sich in den erstgenannten Fällen um eine reflektirte oder sympathische Neurose handeln würde. Bei einer primären Natur des Leidens wird man natürlich nichts von einer gynäcologischen Behandlung erwarten dürfen, bei der reflektirten aber mit wenigen Ausnahmen nur im Anfang, so lange die Neurose noch nicht selbstständig geworden ist. Bei beiden kann durch eine kritiklose lokale Behandlung der Reizzustand leicht gesteigert werden. Alle gemeine Nervosität gilt dem Verf. im Einklang mit Freudenberg (siehe dieses Centralbl. 1880. pag. 396 ff.) als Contraindication gegen eine solche. Was speziell die Ovarialhyperästhesie, dieses von Charcot und anderen so häufig bei Hysterie gefundene Symptom betrifft, so sucht Verf. nachzuweisen, dass dieselbe von den Gynäkologen noch immer fälschlicher Weise als Ausdruck einer Oophoritis betrachtet wird. Seine Beweise für die nervöse Natur der Ovarialhyperästhesie sind

folgende: bei Oophoritis empfinden die Kranken auf Druck einen heftigen tiefen Schmerz und krümmen sich im Leibe, während sie die Beine ganz stille halten; bei der Ovarialhyperästhesie ruft Druck auf das betreffende Ovarium mehr ein hysterisches Gebahren, ein Schreien und Zappeln mit den Beinen hervor. 2. Ein forcirter Druck auf das betreffende Ovarium kann bei der letzteren nicht selten einen hysterischen Anfall coupiren, was bei einem entzündlichen Vorgang in loco nicht denkbar ist. 3. Die negativen Erfolge der gynäkologischen Behandlung in so vielen Fällen von Ovarialhyperästhesie sprechen gegen die entzündliche Natur dieses Krankheitssymptoms. Auf der andren Seite aber beweisen die günstigen Resultate, welche Verf. mit localer Galvanisation (der eine Pol auf die Wirbelsäule der andere auf die schmerzhafte Stelle) erzielte, für die reinnervöse Natur desselben. Das oben Gesagte gilt auch von der Dysmenorrhoe Hysterischer, die nach Verf. sowohl von einer Neurose der Uterusnerven als auch der Eierstocksnerven ausgehen kann.

Reinhard (Dalldorf).

---

363) **Charcot** (Paris): De l'electricité statique dans ses applications au traitement de l'hysterie. (Vorlesung.)

(Progrès Medical Nro. 17 u. 18. 1881.)

Autor spricht von aesthésiogenen, Empfindung wieder hervorbringenden, Agentien und hebt besonders den Magnet und die statische (Reibungs) Electricität hervor. Mit letzterer machte Charcot an Kranken einige Versuche. Es handelt sich um eine hysterische Contractur des linken Vorderarmes mit Flexion, ebenso auch der Hand und Finger, um eine Kranke mit totaler Anästhesie und um eine andere mit Hemianästhesie. Bei Ersterer war die Contractur *transferirt*, die 2 anderen Kranken erlangten die Empfindlichkeit die, in einigen Stunden die sie anhielt, jeden Versuch den Hypnotismus hervorzurufen, unmöglich machte. Autor macht auf alle diese Versuche aufmerksam, fordert zu Versuchen auf indem er noch auf complete Erfolge hinweist, die er mit Reibungselectricität in Fällen von Neuropathien, spinalen Irritationen, Dyspepsien und Dysmenorrhoen erhalten hat.

Mauriac & Vigouroux wendeten Reibungselectricität in einem Falle von pseudo-syphilitischer Paralyse an (Progr. méd. 20); nach einer Behandlung von 10 Monaten soll der Kranke ganz hergestellt gewesen sein, nachdem er in letzterer Zeit innerlich noch Jodkalium bekam.

Hager (Paris.

---

364) **R. Deutschmann** (Göttingen): Ueber Miliartuberculose des Gehirnes und seiner Häute in ihrem Zusammenhang mit Augenaffectionen.

(Experiment. Studie. Gräf. Arch. f. Ophth. XXVII. I. 224.)

Verf. theilt eine Reihe höchst interessanter Beobachtungen von Experimenten mit, die zu dem Zwecke angestellt waren, die Fortpflanzung des tuberculösen Processes am Gehirn und den Meningen auf die offen mit dem cavum cranii communicirenden nerv. optic. resp. deren Scheiden und durch dieselben auf den bulbus selbst nachzuweisen. Er injicirte desshalb Kaninchen exquisit tuberculösen Eiter unter das Schädeldach in das Cavum cranii unter antiseptischen Cautelen und beobach-

tete bei allen Thieren Entstehen von Miliartuberculose entweder der Dura und Pia oder der Hirnsubstanz allein. 3 Wochen nach der Impfung zeigten sich ophthalmoscopisch als erste Symptome eine deutlich ausgesprochene Papillitis der Sehnervenscheiben an *beiden* Augen. Dieselbe kann ohne Spuren zu hinterlassen, wieder vorübergehen, führt indess auch zu den characteristischen Erscheinungen der ausgeprägten Stauungspapille. Nach Ablauf dieser entzündlichen Symptome wird die Papille blass und es entwickelt sich schliesslich das Bild der neuritischen Sehnervenatrophie mit engen Gefässen. Daneben beobachtet man zuweilen auch Auftreten von miliaren, weissen Fleckchen im Glaskörper, die verschmelzen, ächte Glaskörpertuberkel, die sich spontan zurückbilden, und denen oft das Auftreten der charakteristischen Aderhauttuberkel in der Chorioidea folgt. — Als Grundursache der mit dem Augenspiegel wahrgenommenen Veränderungen an den Augen ergaben sich constant tuberculöse Affectionen der Scheiden der nerv optic., die mit dem tuberculösen Hirnprocesse in mittelbarer Verbindung stehen. Die Infection kann nicht auf dem Wege der directen Fortpflanzung, sondern nur so entstanden sich erklären lassen, dass bei der offenen Communication des Arachnoidealraumes mit der Sehnervenscheide die künstlich im Hirn und seinen Häuten erzeugten tuberculösen Infectionsstoffe in die Zwischenscheidenräume der optici. bis zum Foramen sclerae gelangen, da sich die ersten Scheidentuberkel stets, und oft *nur* an der Eintrittsstelle des Opticus in den bulbus vorfanden. Von da schreitet der Process centrifugal u. centripetal weiter. Aller Wahrscheinlichkeit nach ist anzunehmen, dass diese Infectionsstoffe physikalischen Gesetzen folgend, mit einer gewissen Geschwindigkeit in der Sehnervenscheide hinabfliessen, um am Eintritt der optic. in den bulbus zunächst mechanisch aufgehalten zu werden, analog wie wir es uns mit der Hydrocephalusflüssigkeit vorzustellen pflegen, um dann durch massenreiches Aufschiessen von Miliartuberkeln in den Scheidenraum die anderweitigen Veränderungen der Papille und die Weiterinfection der anliegenden Gebilde zu veranlassen; während eine Infection des ganzen central gelegenen Opticusstückes noch nicht nachzuweisen ist. Ferner spricht gegen die Annahme einer directen Infection der Scheiden vom Impfheerde aus der Umstand, dass, wenn man etwa 5 Wochen nach der Injection des Impfstoffes ganz junge Tuberculose der Opticusscheide findet, der Hirnprocess schon bedeutend weiter bis zur ausgiebigen Verkäsung fortgeschritten angetroffen wird. — Von Interesse ist ferner die in einigen Fällen constatirte Spontanheilung der tuberculösen Veränderungen in Hirn und Augen, indem in 2 Fällen umfangreiche tuberculöse Heerde im Vorderhirnlappen, der Stelle der Injection, mit Hinterlassung eines Substanzverlustes, zum Schwunde gelangt waren. Dass beim Menschen diese Scheidentuberculose bei Miliartuberculose des Hirns zu den grössten Seltenheiten gehört, liegt allein an der geringeren Widerstandsfähigkeit des menschlichen Organismus gegen das tuberculöse Virus im Gehirn, und glaubt Verf. die erste Beobachtung von dieser Affection in dem von Wengler im Deutsch. Archiv. f. klin. Med. XXVI. 2 beschriebenen Falle constatirt zu haben. — Nieden (Bochum).

---

365) **Pierd'houy** (Milano): Ein Besuch in der Provinzial-Irrenanstalt von Mombello.

(Annal. di Ottal. del Prof. Quaglino 1881 Fasc. 1. nach C. f. Augenheilkunde 1881. p. 155.)

P. fand keinen Fall unter 900 Irren jener von Buzzi beschriebenen, den Geisteskranken eigenen und von Innervationsstörungen des Trigeminus abhängigen Keratitis. Nystagmus wurde bei nicht cretinischen und idiotischen Irren in 5% meist bei Melancholikern beobachtet. Alteration der Pupille zeigte sich bei 60% und bei $^3/_4$ aller Fälle eine relative Unbeweglichkeit der Pupille, häufiger rechts als links. Myosis war stets bei Maniakalischen vorhanden. In 81 Fällen epileptischer Phrenose wurde 42 × Ungleichheit, 12 × Unregelmässigkeit und besonders sehr träge Dilatation der Pupille im Dunkeln beobachtet. Dagegen bestand kurz vor dem Anfall oder während desselben stets Mydriasis. 2 × konnte *während* eines epilept. Anfalles ophthalmoskopische Blässe der Papille, Enge der Arterien constatirt werden, während einmal die Arterien normal, die Venen turgescent und pulsirend gefunden wurden. Nach dem Anfalle fand sich bei 9 Fällen 2 × der Fundus normal, 7 × die Arterien normal und die Venen stark gefüllt, auf leichten Druck pulsirend. In 21 Beobachtungen paralytischer Phrenose zeigte sich 12 × Unregelmässigkeit der Pupille, 16 × Ungleichheit und zwar am Ende des 1. Stadiums oder zu Anfang des 2. bedingt durch einseitige Verengerung, im 3. Stadium bedingt durch einseitige Erweiterung. Bei 46 Cretinen fand sich 4 ×, bei 30 Idioten 3 × Nystagmus alle mit Schädelassymetrie verbunden. Retinitis pigmentosa wurde in keinem Falle beobachtet.

Nieden (Bochum).

---

366) **Lunier** (Paris): De l'hospitalisation des épileptiques. Ueber die Unterbringung der Epileptischen in Hospitälern.

(Journ. de médicine etc. 1881. Mai.)

L. verliest in der Sitzung vom 1. März der Academ. de médicine de Paris einen Aufsatz, der in Folgendem kurz wiedergegeben sei.

Das Gesetz von 1838, welches die Lage der Geisteskranken gründlich ändert, hat Nichts für die Epileptischen gethan, welche nur dann in den Anstalten zugelassen werden, wenn sie als geisteskrank zu betrachten sind.

Aus den neuen Nachforschungen, die L. soeben bei der Aushebung der Recruten, in allen öffentlichen und privaten Anstalten, sowie in sämmtlichen Departements erhoben hat, geht hervor, dass 1) die Zahl der Epileptischen in Frankreich sich auf 33225 beläuft, das ist 9,203 auf 10000 Einwohner, dass 2) von dieser Zahl 3,550 abgesondert (séquestrés) sind und dass 3) sich ungefähr 1650 in einigen wenigen Privatanstalten und Hospitälern für Unheilbare befinden.

L. hat übrigens die Ueberzeugung gewonnen, dass es sich damit fast überall ebenso verhält sowohl in den vereinigten Staaten als auch in den verschiedenen Ländern Europa's.

Wie dem auch sei, über 28000 Epileptische leben in ihrer Familie und L. schätzt die, welche in Anstalten oder in Hospitälern untergebracht werden müssten auf 10000, die einen, weil sie dadurch genesen, oder weil ihr Zustand bedeutend verbessert werden könnte, die anderen weil sie nicht im Stande sind ihren Lebensunterhalt selbst zu erwerben, endlich aber, weil fast alle zu gewissen Zeiten für die Gesellschaft gefährlich werden können.

Die Epileptischen können im Allgemeinen weder als gewöhnliche Kranken noch als Irrsinnige angesehen werden, es ist daher auch nöthig ihnen ganz spezielle Mittel zu ihrer Behandlung und Hilfe zu gewähren.

L. hält nach genauer Prüfung dessen, was bis jetzt sowohl in Frankreich als auch im Ausland geschehen ist, und indem er den besondern Bedingungen, welche die Behandlung der Epileptischen verlangt, Rechnung trägt, für das Beste, in der Nähe einer gewissen Anzahl von Irrenanstalten Wohnungen zu errichten, welche dazu bestimmt sind die Epileptischen der Gegend aufzunehmen.

Er wünscht ausserdem, dass der Staat für die Epileptischen dasselbe thue, was bereits für die Taubstummen, Blinden und Irren geschehen ist, nämlich, dass er ein spezielles mit allen nöthigen Abtheilungen versehenes Etablissement schaffe, in welchem die Kranken beiderlei Geschlechts, die nicht in Irrenanstalten und Krankenhäusern untergebracht werden können, ein Unterkommen für mässige Pension finden würden.

Die Frage verlangt auf jeden Fall eine gewissenhafte Lösung: Man kann nicht länger eine ebenso zahlreiche wie hilfsbedürftige Classe von Schwachen und Kranken in einer Art von Verlassenheit lassen. Halbey (Bendorf).

---

367) **W. Sommer** (Allenberg): Postepileptisches Irresein.
(Arch. f. Psych. etc. Band XI, 3.)

Verf. bespricht unter diesem Namen zuerst die dauernden Folgen der Epilepsie auf den Geisteszustand der Kranken und sodann die als Begleiterscheinungen eines Anfalls zu betrachtenden Irreseinsformen. Das Material, auf welches er sich stützt, umfasst 150 wohl beobachtete Krankheitsfälle. Aus denselben geht zunächst hervor, dass im Widerspruch mit den meisten bisherigen Angaben *die Postepileptische Demenz* bei ausgebildeten Anfällen früher auftrat als bei „petit-mal". Am frühsten erleidet die Perception eine Einbuse, so dass die Vorstellungen nur schwache und verzerrte Abbilder der wirklichen Vorgänge der Aussenwelt werden, und dass in Folge hiervon sowohl die Reproduktion als auch die Erinnerung an das von aussen Empfangene eine mehr oder weniger mangelhafte und unklare oder gar fehlende ist. Das Charakteristische im Beginn der postepileptischen Demenz ist demnach das Lückenhafte des Gedächtnisses. Dazu gesellt sich bald Schwerfälligkeit der Auffassung neuer Eindrücke sowie grosse Vergesslichkeit für die jüngsten Erlebnisse. Fast pathognostisch für epileptischen Schwachsinn ist die Neigung zu sophistischem Räsoniren mittelst der einmal fixirten Vorstellungen, ferner die Umständlichkeit, Pedanterie, Weitschweifig-

keit, Ueberschwänglichkeit die häufige Anwendung der Diminutiva und die grosse Reizbarkeit. Die Abnahme des Gedächtnisses ist keine gleichmässige, es tauchen vielmehr ziemlich constant eine gewisse Reihe von Erinnerungsbildern auf, welche für den Zuhörer meist nicht den geringsten Werth haben und deren Bedeutung dem Patienten selbst oft zum grössten Theil verloren gegangen ist. Die Lücken in früher geläufigen Vorstellungen und Begriffen zwingen den Kranken oft zu den seltsamsten Umschreibungen und Worten, wodurch der Styl etwas sehr Geziertes und manirirtes bekommt. Die als Begleiterscheinungen eines Anfalls auftretenden Irreseinsformen theilt der Verf. ein in: 1. *Den postepileptischen Dämmerzustand*, in welchem die Kranken ihre Umgebung verkennen, einen verworrenen Ideengang äusseren, bald ein maniakalisch-heiteres bald ein zwecklos-geschäftiges Wesen zeigen, nicht selten triebartige Handlungen begehen und von Hallucinationen besonders des Gesichts heimgesucht werden; 2. *Das postepileptische hallucinatorische Delirium mit depressiven Wahnvorstellungen.* 3. *Das postepileptische hallucinatorische Delirium mit persecutorischen Wahnvorstellungen.* 4. *Das postepileptische hallucinatorische Delirium mit ängstlichen und impulsiven Wahnvorstellungen.* 5. *Das postepileptische hallucinatorische Delirium mit expansiven Wahnvorstellungen.* Verf. betrachtet diese verschiedenen Formen im Einklang mit Samt als einen Theil der „Elemente“ des Anfalls, der manchmal ganz losgelöst von den sensiblen und motorischen Störungen auftreten könne, wobei man es dann mit einem rudimentären Anfall oder mit dem so genannten „psychischen Aequivalent“ Samt's zu thun habe. In solchem Falle muss man annehmen, dass der dem epileptischen Anfall zu Grunde liegende Reizzustand nur das Gefässsystem der „psychischen“ Stellen der Hirnrinde ergriffen hat, während er sich sonst auch über die Rindencentren der gesammten animalen Thätigkeit erstrekt und die Störung des Bewusstseins nur ein Symptom des ausgebildeten epileptischen Anfalls darstellt. — Verf. hat zum Schlusse noch einige statistische Erhebungen über Einfluss von Heredität, Alter, Geschlecht und Gelegenheitsursachen angestellt, von denen nur erwähnt sei, dass Schreck und heftige Gemüthsbewegungen sehr häufig den Anlass zum Ausbruch der Epilepsie gegeben haben (zusammen in 42,3 pCt.), ein Resultat, welches das von Gowers gefundene noch übersteigt. Reinhard (Dalldorf).

---

368) **Pfleger** (Wien): Untersuchungen über das Gewicht des menschlichen Gehirnes.

(Jahrb. für Psych. Heft. II 1880.)

Aus den Mittheilungen und Untersuchungen des Verf. heben sich folgende Punkte als Hauptresultate heraus.

1. Das Hirngewicht bietet zwischen dem Alter von 20 bis 60 Jahren in Bezug auf den zugehörigen Schädelraum keine erheblichen Unterschiede dar. Eine deutliche Abnahme beginnt erst in den Sechziger-Jahren, und eine beträchtlichere Abnahme ist erst in den Siebziger Jahren zu constatiren. Beide Geschlechter verhalten sich in diesen Beziehungen anscheinend gleich.

2. Das absolute *Hirngewicht nimmt im Allgemeinen bei grösserer Körperlänge und grösserer Rumpflänge zu,* abgesehen von den der kleinsten Statur angehörigen Individuen, bei welchen meist ein schwereres Gehirn, als bei den um 10 bis 15 Centimeter grösseren Individuen gefunden wurde, bezüglich dessen der sehr geringen Anzahl der Wägungen halber ein bestimmter Schluss nicht gemacht werden konnte.

3. Das relative *Gewicht des Gesammthirnes und seiner Theile nimmt beim Ansteichen der Körpergrösse ab, und zwar beim Kleinhirn und Stammhirn noch gleichmässiger, als selbst beim Gesammthirn und Hirnmantel.*

4. Die absolute Gewichtszunahme bei steigender Körpergrösse betrifft die einzelnen Theile des Gehirns nicht in ganz gleicher Weise. Die Zunahme erscheint meistens *nur* in Bezug auf den Hirnmantel als eine stetige.

5. Der Schädelraum des Weibes ist im Verhältnisse zur Körper- und Rumpflänge kleiner, als beim Manne.

6. Das im Durchschnitte absolut leichtere Gehirn des Weibes ist auch im Verhältnisse zur Körperlänge an Gewicht geringer, als das männliche, und ebenso auch in Beziehung zur Rumpflänge.

7. Bei Vergleichung der Theilgewichte des Gehirns beider Geschlechter zeigt sich der grösste Unterschied am Hirnmantel, der kleinste am Kleinhirn, und dies auch bei den an acuten Krankheiten Verstorbenen. Daher ist der Hirnmantel beim Manne absolut und relativ grösser, das Kleinhirn relativ beim Weibe grösser. Auch das Stammhirn ist beim Weibe relativ grösser, als beim Manne.

8. Das Weibliche Gesammthirn ist im Verhältnisse zum Schädelraume vielleicht *durchschnittlich etwas schwerer.* Doch zeigt sich selbst in diesem Falle:

9. Der Hirnmantel im Verhältnisse zum Schädelraume beim Weibe im Gewichte geringer, das Kleinhirn und Stammhirn aber schwerer, so dass jenes Uebergewicht durch das relative Ueberwiegen des Kleinhirnes und Stammhirnes bedingt erscheint.

10. Bei den an akuten *Krankheiten Verstorbenen,* bei welchen das Hirngewicht den geringsten Verlust erlitten hat, *ist der Hirngewichtsunterschied zwischen beiden Geschlechtern am grössten (bis zu 14%.*

11. Bei den an chronischen Krankheiten verstorbenen Geistesgesunden, ferner bei den Geistesgestörten ist der Hirngewichtsunterschied ein geringerer (und zwar circa 10% bei den Geistesgesunden, und circa 8% bei den Geistesgestörten).

12. Das Gehirn bei den geisteskranken Männern hat sowohl am Gesammtgewichte, als an jedem *seiner Theilgewichte im Verhältniss mehr, als das der geistesgestörten Weiber abgenommen* (und dies selbst dann, wenn die bei den Männern häufiger vorkommenden Paralytiker ausser Betracht kamen).

III. Verschiedene Mittheilungen.

369) Aus der preuss. Rheinprovinz. Gegenwärtig findet auf Veranlassung des Herrn Landesdirectors der Rheinprovinz eine Aufnahe der Zahl und der Verhältnisse der in der Rheinprovinz vorhandenen *Epileptischen* statt, deren Ergebniss als Grundlage für eine eventuell zu errichtende *Anstalt für epileptische Kranke* dienen soll. Die Einrichtung einer solchen Anstalt Seitens der Provinzial-Verwaltung kann nur mit Freuden begrüsst werden.

370) Aus Leipzig. *Verordnung über die Handhabung des Entmündigungsverfahren.*

Die öffentliche Irrenfürsorge hat seither durch die Weise, in welcher §§ 593 flg. der Civilprozessordnung von vielen Untergerichten des Landes aufgefasst und gehandhabt wurden, mancherlei Unzuträglichkeiten zu erfahren gehabt. Die letzteren sind schon seit längerer Zeit der Gegenstand eingehender Vernehmung des Königlichen Ministeriums des Innern mit dem Königlichen Justizministerium gewesen.

Neuerdings ist nun das Königliche Justizministerium aus Anlass einer in einem einzelnen Falle von betheiligter Seite erhobenen Beschwerde in die Lage gekommen, einer Vormundschaftsbehörde in dem Sinne Anweisung zu ertheilen, dass die *Bestellung der Zustandsvormundschaft* über einen Geisteskranken von der *Entmündigung* im Sinne der Civilprozessordnung *nicht abhängig*, sondern eine unverändert durch das materielle (Landes-) Recht geregelte Obliegenheit der Vormundschaftsbehörde sei. Nachdem diese Entscheidung durch das Justizministerialblatt (laufender Jahrgang, Seite 26) veröffentlicht worden ist, steht zu erwarten, dass die Gerichte als Vormundschaftsbehörden künftig allgemein darnach verfahren und mithin Zustandsvormundschaft über Geisteskranke einleiten werden, ohne vorherige Absetzung des förmlichen Entmündigungsverfahrens zu beanspruchen. Hierdurch erledigt sich das wiederholt aufgetauchte Bedenken, ob nicht die Verordnung des Königlichen Ministeriums des Innern vom 27. Juni 1878, das Verfahren bei der Vorbereitung von Anträgen auf Aufnahme Geisteskranker in Landes-Irrenanstalten betreffend (Gesetz- und Verordnungsblatt Seite 115), wegen der Vorschriften der Civilprozessordnung über das Entmündigungsverfahren einer Abänderung bedürfe.

Ganz ausgeschlossen wird indessen das Entmündigungsverfahren der Natur der Sache nach auch künftig nicht bleiben. Ist nun für die öffentliche Irrenfürsorge als eine hauptsächliche Unzuträglichkeit desselben seither die in § 598 der Civiprozessordnung als Regel vorgeschriebene *persönliche Vernehmung* des Kranken seiten des Gerichts zu empfinden gewesen, so ist darauf Bedacht zu nehmen, dass wenigstens dieser Massregel vorgebeugt werde, wo sie vom Standpunkte der öffent-

lichen Irrenfürsorge aus für nachtheilig zu erachten und dem Gesetze gegenüber erlässlich ist. Dies Letztere ist nach dem angezogenen § 598 dann der Fall, wenn die Vernehmung des Kranken nach der Ansicht des Gerichts *schwer ausführbar* oder für die Entscheidung *unerheblich* oder für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden *nachtheilig* ist. Sobald daher der *ärztliche Befund* über den Zustand des Kranken den einen oder anderen dieser Umstände beanzeigt erscheinen lässt, empfiehlt es sich dringend, dass der Arzt diese seine Ueberzeugung rechtzeitig zur Kenntniss des Gerichts bringt. *Insbesondere ist solchenfalls die nach der angezogenen Verordnung vom 27. Juni 1878 vom Arzte an das Gericht zu erstattende Anzeige hierauf ausdrücklich mit zu richten.* Leipzig den 17. Juni 1881. Königl. Kreishauptmannschaft. Graf zu Münster. Schulze.

IV. Neueste Literatur.

83. Bäumler, Chr., Der sogenannte animalische Magnetismus oder Hypnotismus. gr. 8. Leipzig, Vogel. M. 2. —.
84. Beard, G. M., Die Nervenschwäche (Neurasthenia), ihre Symptome, Natur, Folgezustände und Behandlg. Nach der 2. Aufl. ins Deutsche übertr. v. M. Neisser. gr. 8. Leipzig, F. C. W. Vogel. M. 4.
85. Büchner, L., La Vie psychique des bêtes.. Traduit de l'allemand par Ch. Letourneau. Avec gravures. 8. Paris. Reinwald. Fr. 7.
86. l'Encéphale. Journal des maladies mentales et nerveuses. Dir. B. Ball & J. Luys. Publ. trimestr. 1. annè. Prix de l'abonn. Fr. 22.
87. Exner, S., Zur Kenntniss vom feineren Bau der Grosshirnrinde. M. 1 Taf. Lex.-8. Wien, Gerold's Sohn. M. —. 80.
88. Lechner, C., Zur Pathogenese der Gehirnblutungen der luetischen Frühformen. gr. 8. Wien, Toeplitz & Deuticke. M. 2.
89. Löwenfeld, L., Experimentelle u. kritische Untersuchungen zur Electrotherapie d. Gehirns. gr. 8. München. J. A. Finsterlin. M. 3.
90. Paulier, A. B., et F. Hétet, Traité élémentaire de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie. 2 vol. 12. Paris, Doin. Fr. 18
91. Anstalten, die Dr. Erlenmeyer'schen, f. Gemüths- u. Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz. Bericht üb. 1871—1880. Mit 3 Chromolith. u. 2 Plänen. Lex.-8. Leipzig, Böhme. M. 3.
92. d'Astros, Etude sur l'état mental et les troubles psychiques des cardiaques. 8. Paris, Delahaye. Fr. 3.
93. Ballet, Recherches anatomiques et cliniques s. l. faisceau sensitif et les troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau. av. 10 fig. 8. Paris, Delahaye & L. Fr. 3½.
94. Beard, G. M. and A. D. Rockwell, Practical Treatise on the Medical and Surgical Uses of Electricity. 3. ed., revised. Illustr. 8. New-York. sh. 28.

95. Blavier, E. E., Des Grandeurs électriques et de leur mesure en unités absolues. 8. Paris, Dunod. Fr. 16.
96. Briand, Du délire aigu. av. 1 pl. 8. Paris Delahaye & L. Fr. 3.
97. Delisle, F., Contribution à l'étude des deformations artificielles crâne. av. fig. gr. 8. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. 2.
98. Kirkbride. T. S., Insanity, and Hospitals for the Insane. 2. ed., with Revisions, Additions, and New Illustrations. 8. Philadelphia. sh. 15.
99. Kraft-Ebing, R. v., Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie m. Berücksicht. der Gesetzgebung in Oesterreich, Deutschland und Frankreich. 2. Aufl. gr 8. Stuttgart, Enke. M. 9.
100. Kuby, Die Gebühren der Aerzte in der Privatpraxis und als Sachverständige bei Gerichts- und Verwaltungsbehörden in Bayern. gr. 8. Augsburg, Rieger. Cart. M. 1. 50.
101. Luys, J., Traité clinique et pratique des maladies mentales, gr. 8. Paris, Delahaye. Fr. 17.
102. Marvaud, A.; Le Sommeil et l'insomnie, étude physiologique, clinique et thérapeutique 8. Paris, Bailière et fils. Fr. $3^1/_2$.
103. Preyer, W., Die Entdeckung d. Hypnotismus. Nebst e. ungedr. Orig.-Abhandlg. v. Braid in deutscher Uebersetzg. gr. 8. Berlin, Paetel. M. 2. 50.
104. Ross, J., A. Treatise on the Diseases of the Nervous System. Illust. 2. vols. 8. London. Churchill. sh. 42.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 Mark freie Station. 2) Halle a. Saale, a. II. Volontärarzt, 1050 M. fr. Stat. b. Assistenzarzt an der psychiatr. Klinik, 8. Juni, 1500 Mark u. fr. Station. 3) Owinsk (Posen) a. II. Arzt 3000 Mark und freie Familienwohnung. b. Assistenzarzt, 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 4) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 M., fr. Stat. 5) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1200 M., fr. Stat. 6) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) Volontairarzt, sofort, 450 + 600 Mark, fr. Sat. 7) Grafenberg (Düsseldorf), Volontairarzt sofort; 600 M., fr. Stat. 8) Sorau (Brandenb. Land-Irrenanstalt), Assistenzarzt 1. Juli, 1500 M., möblirte Wohnung, fr. Stat. I. Classe. Heizung. Beleuchtung und Arznei. 9) Dalldorf (Berlin) 2 Volontairärzte, baldigst, 600 M. fr Stat. Meldungen an das Curatorium der Irrenanstalt der Stadt Berlin. 10) Bendorf bei Coblenz, Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt, Assistenzarzt, 15. Aug. 1500 M. fr. Stat. 11) Pankow (Dr. Richter's Anstalt), Assistenzarzt; mit 1500 Mark beginnend, fr. Stat. 12) Königslutter (Braunschweig), II. Assistenzarzt, sofort, 1200 M. fr. Stat. 13) Wehnen (Oldenburg), Assistenzarzt, 1. September, 1200—1500 M., fr. Stat. 14) Düren, Volontaiarzt, 15. Juli, 600 M., fr. Stat 15) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Creutzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Gerdauen (Königsberg i. Pr.), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Krossen (Frankfurt a. O.), Königsberg i. Fr. (Coburg), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Marienburg (Hildesheim), Minden (Minden), Münsterberg (Breslau), Osterode (Königsberg), Schönau (Liegitz), Stuhm (Marienwerder), Sprottau (Liegnitz), Worbis (Erfurt), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Besetzte Stellen. Dalldorf (Berlin), Assistenzarzt, Herr Dr. Langreuter, bisher Assist. in Königslutter.

VI. Preisaufgabe

der Königl. *Academie der Medicin zu Brüssel.*
(Siehe vorige Nummer.)

Die Bedingungen der Bewerbung um die Preisaufgabe sind uns jetzt zugegangen und veröffentlichen wir sie hiermit in deutscher Uebersetzung.

Die Redaction.

A. Die Arbeiten müssen deutlich geschrieben, in lateinischer, französischer oder flämischer Sprache abgefasst sein und sind portofrei an den Secretair der Kgl. Academie zu Brüssel einzusenden.

B. Ausgeschlossen von der Bewerbung werden

1. Arbeiten, welche die vorstehenden (A.) Bedingungen nicht erhalten.
2. Arbeiten, deren Verfasser direct oder indirect erkennbar sind.
3. Arbeiten, welche bereits ganz oder theilweise veröffentlicht oder schon einer anderen Gesellschaft eingereicht sind.
4. Arbeiten, welche nach dem Schlusstermin der Bewerbung (31. Dezember 1883) einlaufen. Die Academie legt den grössten Werth auf die Genauigkeit der Citate und verlangt speziellste Angaben der Auflage und der Seitenzahl der citirten Werke.

Die übrigen Bedingungen sind die bei Bewerbung üblichen.

VII. Anzeigen.

Coblenz, Druck von Ph. Werle (Entenpfuhl 12).

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. 1. August 1881. Nro. 15.

INHALT.

I. Referate.

371) G. Burkhardt (Waldau bei Bern): Die Mikrotomie des frischen Gehirns.

(Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften. 1881 Nro. 29.)

Seit mehreren Jahren hat Verf. folgende Methode erprobt, um das frische Gehirn ähnlich dem gehärteten in parallele äusserst dünne Schichten zu zerlegen.

Das frische Gehirn wird von der Pia befreit, dann in eine erwärmte, also flüssige Hektographmasse gelegt, welche aus: Gelatina puriss. 15, Aq. dest. 500, Glycerin puriss. 1000 besteht, wie sie ähnlich von Klebs u. A. für kleine und, nur für gehär-

tete Präparate angegeben wurde (vgl. Frey, Mikroskop, 1881, S. 72). Im Wasserbade wird es während 2—3 Stunden in einer Temperatur von 40—50^0 gehalten. Das Gehirn, specifisch leichter, schwimmt in der Flüssigkeit. Sich selbst überlassen, kehrt es die Basis nach oben. Will man die Form ganz genau bewahren, so thut man gut, die Hinterlappen durch einen Faden oder Papierstreifen zusammenzuheften, sonst treten dieselben etwas nach den Seiten, was übrigens gewöhnlich gleichgültig sein kann. Ist das Gehirn ganz durchwärmt, so bringt man es, immer in der flüssigen Hektographmasse, unter die Luftpumpe. Sobald das Manometer unter 50 Ctm. Druck anzeigt, also die Luft auf ca. ein Dritttheil verdünnt ist beginnt die flüssige Masse zu sieden und schäumt über das Gehirn hinaus, deckt es somit während dieser Zeit mehr oder minder vollständig zu. Nach etwa $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde schliesst man die Luftpumpe ab und lässt erkalten, was etwa 5—7 Stunden erfordert. Dann wird das Präparat aus der Luftpumpe genommen. Es steckt, bis an die Basis, in einer Hülse von Hektographmasse eingeschlossen. Will man jede Berührung mit dem Gehirn vermeiden, so übergiesst man es, ehe man es aus der Schale nimmt, noch einmal mit einer Schicht Gussmasse, nach deren Erkalten das Präparat ganz eingeschlossen ist. Da die Hektographmasse weder an Metall, noch an Porzellan fest anhaftet, so kann man das eingegossene Gehirn leicht kalt aus der Schale lösen. Erwärmt man die Schale im Wasserbade nur kurze Zeit, so fällt das Präparat von selbst heraus. Mit Messer oder Scheere wird die Gussmasse so zugeschnitten, dass das Präparat in den Cylinder des grossen Gudden'schen Mikrotoms gesteckt werden kann. Dort wird es nochmals mit Hektographmasse umgossen und damit ist die Präparation beendet. Das Blechbecken des Gudden'schen Mikrotoms wird sodann mit Wasser gefüllt. Ehe man die Schraube in Bewegung setzt, muss man mittels eines stumpfen Messers die Gussmasse von der Seitenwand des Cylinders lösen, was leicht geht und nur ein Mal zu geschehen hat. Doch thut man gut, auch später hier und da mit dem Messer der Innenwand des Cylinders nachzufahren, um allfällige Verklebung wieder zu heben. Während beim gehärteten Präparate für einen vollständigen Durchschnitt nur eine Messerlänge soll gebraucht werden, muss man bei dieser Methode das Messer in vielen kleinen Zügen führen. Gewöhnlich wird es nicht darauf ankommen, dass man davon keine Spuren am Präparate sieht und in diesem Falle bewegt man das Messer in kleinen leichten Schlägen durch das Präparat. Wo man jedoch eine möglichst glatte Oberfläche wünscht, wird das Messer in sehr sanften Zügen seitlich durchgeschoben. Man muss dafür sorgen, das stets Wasser zwischen die Schnittflächen gelangen kann und will man sehr sorgfältig sein, so fügt man dem Wasser irgend ein indifferentes Salz bei, wodurch es specifisch schwerer wird und der loszulösende Hirnschnitt schwimmt. In dieser Weise lässt sich ein Gehirn in frontaler Richtung leicht in 160—180 Schnitte zerlegen, von denen jeder 2 Mm. dick ist. Noch recht gut lassen sich 1 Mm. und $^3/_4$ Mm. dicke Schnitte anfertigen. Hektographmasse und Gehirn bilden ein so fest zusammenhängendes

und zähes Ganze, dass sich der Schnitt als eine dünne Scheibe vollkommen intact erhält.

Hat man bei der Präparation die Ventrikel eröffnet und die Plexus herausgezogen (z. B. von den Unterhörnern aus), so ist die Masse auch auf die innere Oberfläche gedrungen und werden deshalb die Schnitte auch an dieser Oberfläche vollständig scharf. Die ganze Procedur, Einbetten und Schneiden, kann innerhalb 2—3 Tagen vollendet sein. Bei einem so präparirten und im Schneiden befindlichen Gehirn treten die Farbenunterschiede der verschiedenen grauen, gelben, röthlichen, bläulichen, schwarzen und weissen Substanzen an der glatten Oberfläche auf das Schönste zu Tage und die topographische Orientirung wird ausserordentlich leicht: Benützt man horizontale oder sagittale Schnittreihen, dann ist es auch sehr einfach, irgend einen Herd auf die Oberfläche zu projiciren, denn, da die Gussmasse durchsichtig ist, sieht man, von der Convexität beginnend, die Hirnwindung beständig vor sich, bis man an der Basis resp. in der Mitellinie angelangt ist; bei frontalen Schnittreihen dagegen thut man gut, einige der Hauptfurchen kenntlich zu machen. Verf. hat dazu Farbenpulver benutzt, welche in die Rolando'schen, Sylvi'schen etc. Furchen eingestreut werden (Zinnober Chromgellb, Ultramarin etc.), natürlich ehe das Gehirn in die Hektographenmasse gelegt wird.

Will man noch dünnere Schnitte, etwa solche von $1/2$—$1/8$ Mm. Dicke, anfertigen, so verfährt man folgendermassen: Das Wasser des Blechbeckens wird abgelassen. Um den Rand des Cylinders wird ein Kautschuckring gelegt und nun auf das Präparat erwärmte Masse, 2—3 Mm. hoch, aufgegossen. Nach wenigen Minuten ist sie erkaltet und haftet nun an der Oberfläche fest. Mit dem stumpfen Messer wird sie am innern Rande des Cylinders umschnitten; eine Viertelsdrehung der Mikrometerschraube giebt einen $1/8$ Mm. dicken Schnitt der natürlich wieder unter Wasser geschnitten und abgelöst, sofort auf eine Glasplatte und zwar mit der Gussschicht nach unten gelegt, über warmem Wasser erwärmt wird, wodurch die Hektographenmasse schmilzt und abfliesst. Der Schnitt lässt sich in Carmin, Hämatoxylin u. s. w. färben und in Glycerin mehr oder minder gut aufhellen.

Um die topographische Orientirung und das Studium des Gehirns überhaupt zu erleichtern, hat Verf. begonnen, Schnittserien in natürlicher Grösse von Hrn. Voll'enweider, Sohn, in Bern, photographiren zu lassen, wozu es besonderer Vorrichtung bedurfte.

---

372) **Otto Binswanger** (Berlin): Ueber die Beziehungen der sogenannten motorischen Rindenzonen des Grosshirns zu den Pyramidenbahnen.
(Arch. f. Psych. u. Nervenk. Bd. XI. H. 3.)

Verf. hat in der vorliegenden Arbeit einen interessanten Beitrag zur Lösung der Frage geliefert, wie weit eigentlich von einer „motorischen Rindenzone“ die Rede sein kann. Bekanntlich stehen sich hier zwei Ansichten diametral entgegen. Die eine, welche von

Hitzig, Fritsch, Schiff und Nothnagel vertreten wird, legt dieser Zone nur den Charakter einer „sensorischen Centralstätte“ für die Bewegungsakte bei, die andere, deren Hauptvertreter Ferrier, Duret und Charcot sind, sehen in derselben nur „den Ausgangspunkt der willkürlich erregten Bewegungen“. Beide Parteien stützen ihre Ansichten sowohl auf das physiologische Experiment am lebenden Thier, als auch auf pathologische Beobachtungen am Menschen. Die Lehre der erstgenannten Autoren ist in scharfsinnigster Weise bestätigt und weiter ausgebaut worden durch die bekannten physiologischen Untersuchungen von Munk, der die „motorische Rindenzone“ als einen Theil seiner „Fühlsphäre“ betrachtet und zwar speziell als diejenige Stätte, wo die Innervationsgefühle (d. h. also die jeweiligen Gefühlsvorstellungen eines Körpertheiles sei es in der Ruhe oder in Bewegung) zum Bewusstsein gelangen. Die Organe, deren Veränderungen als Inervationsgefühle zum Bewusstsein gelangen, sind die infracorticalen Hirn- und Rückenmarksganglien oder Centren. „Es müssen daher von diesen Centren Fasern zur Grosshirnrinde aufsteigen, welche die Wahrnehmung von der Thätigkeit dieser Centren vermitteln“. Demnach können Exstirpationen dieser Rindengebiete, da sie nicht in direkter Beziehung zum motorischen Akt stehen, auch keine secundäre Degeneration motorischer Leitungsbahnen d. h. also der Pyramidenstränge zur Folge haben, es müsste denn sein, dass innerhalb dieser Munk'schen Fühlsphäre gleichzeitig auch die willkürlichen Bewegungen ausgelöst und auf motorische Leitungsbahnen übertragen würden. Frühere einschlägige Untersuchungen an Hunden haben nun dem Verf. gezeigt, dass entgegen den Versuchsergebnissen von Vulpian, Frank und Pitres keine Degeneration der Pyramidenstränge eintritt. Diesmal ist Verf. auch in der glücklichen Lage, den Behauptungen Charcot's über secundäre Degeneration dieser Leitungsbahnen bei pathologischen Veränderungen der motorischen Rindenzone des Menschen 3 sehr hübsche analoge Fälle entgegenstellen zu können, in welchen bei pathologischer Entartung der betreffenden Rindenzone (einschliesslich der von Munk zur Fühlsphäre mit hinzugerechneten Bezirke des Stirnhirns) sich keine Spur irgend welcher secundären Degeneration der entsprechenden Pyramidenbahn weder bei frischer mikroskopischer Untersuchung noch an gefärbten Schnitten nachweisen liess. In dem *ersten* Falle handelte es sich um eine Geschwulstbildung, welche nur die Rinde des hinteren Abschnittes der oberen und mittleren Stirnwindung und das oberste Drittel der vordersten Centralwindung rechterseits zerstört und im Leben eine Parese der entgegengesetzten Gesichtshälfte und unteren Extremität sowie eine Paralyse des entgegengesetzten Arms hervorgerufen hatte. Im *zweiten* hatte ein nur auf das obere Dritttheil beider linken Centralwindungen beschränkten aber 3—4 Ctm. in die Marksubstanz sich erstreckender Tumor nach vorübergehenden Zuckungen im rechten Arm und in der rechten Gesichtshälfte eine Lähmung des rechten Ober- und Unterarms und eine Schwäche der rechten Hand und des rechten Beines erzeugt. Im *dritten* Fall handelt es sich um mehrere vom rechten Arm aus-

gehende Krampfanfälle, aphasische Erscheinungen, totale Lähmung der rechten Oberextremität und Schwäche im rechten Bein. Die Obduktion ergab eine gelble Erweichung der oberen Hälfte der linken vorderen Centralwindung und der Wurzel der 1. und 2. linken Stirnwindung, wobei die der Rinde benachbarte Marksubstanz intakt war, während sich etwa $1^1/_2$ Ctm. tiefer nach dem Centr. semiovale hin eine wallnussgrosse Höhle in der Marksubstanz fand. Verf. ist auf Grund seiner negativen Untersuchungsergebnisse in diesen 3 prägnanten Fällen gewiss zu dem Ausspruch berechtigt, dass *„Herde der Rinde und des Marklagers, welche den Fuss des Stabkranzes nicht erreichen, selbst wenn sie ausschliesslich dem „motorischen“ Bezirke angehören, nicht regelmässig secundäre absteigende Degeneration bewirken.“*

Reinhard (Dalldorf).

---

373) **Munk Th.** (Berlin): Ueber die Hörsphären der Grosshirnrinde.
(Mon. Ber. d. kön. Akad. d. Wiss. zu Berlin, Mai 1881.)

Verf. hat als *Hörsphäre* die Hirnrinde des Schläfelappens, unterhalb der Sehsphäre und oberhalb des gyrus hippocampi bezeichnet, mit Ausnahme des an die Fissura Sylvii grenzenden Stückes der vierten äusseren Windung. Nach vollständiger beiderseitiger Zerstörung der Hörsphäre erfolgt dauernde, vollkommene (Rinden-) Taubheit; nach einigen Wochen hört das Thier (Hund) aber auch auf zu bellen, schreien und dgl., es ist taubstumm geworden, dasselbe tritt auch ein, wenn man den Hund durch Zerstörung beider Gehörorgane taub gemacht hat. Wird die Hörsphäre nur einseitig extirpirt, an derselben Seite aber auch das Gehörorgan zerstört, so ist das Thier vollkommen taub und bald auch taubstumm. Daraus geht hervor, dass die schallempfindenden centralen Elemente jeder Hörsphäre einzig und allein mit den peripheren Endelementen des gegenseitigen Acusticus verknüpft sind, dass jede Hörsphäre ausschliesslich dem gegenseitigen Ohre angehört.

Munk hat auch zu entscheiden versucht, ob die verschiedenen Regionen der Hörsphäre sich physiologisch gleichwertig verhalten, und ist dabei zu dem interessanten Resultate gelangt, dass die vordere Parthie der Hörsphäre für die Wahrnehmung höherer Töne (c''', c''''. . .) das hintere Drittel für die tieferen Töne (C, c) bestimmt sei; als wahrscheinlich stellt er ferner hin, dass das gewöhnliche, alltägliche Hören des Hundes häuptsächlich an die untere Hälfte der Hörsphäre gebunden ist.

Obersteiner (Wien).

---

374) **Tenchini L.** (Pavia): Un caso di assenza completa del solo setto lucido. (Vollständiger Mangel des Septum pellucidum.)
(Pavia 1881.)

Fälle von Mangel des Septum pellucidum sind bereits wiederholt beschrieben worden; doch waren in allen bisher bekannten Fällen ausserdem noch andere Theile des Gehirns (meist das Corpus

callosum häufig auch der fornix) entweder mangelhaft entwickelt oder vollständig abwesend.

Bei einem $2^1/_2$ jährigen Knaben, welcher ohne vorher irgend welche Erscheinungen eines cerebralen Leidens dargeboten zu haben, an tuberculöser Meningitis starb, fand T. gänzlichen Mangel des Septum pellucidum, während das Gehirn in allen seinen übrigen Theilen normal entwickelt schien.

Verf. versucht die physiologische Bedeutung des Septums aufzuklären; wenn er — allerdings nur mit grosser Reserve — darauf hinweist, dass viele von den Individuen, welche Mangel dieses Organes dargeboten hatten, noch in ihrer Kindheit an Tuberculose zu Grunde gegangen sind, und dass sich daraus vielleicht eine Beziehung des Septum zur Körperernährung ableiten lasse — so ist dies entschieden zu weit gegangen.

Obersteiner (Wien).

---

375) **Mierzejewsky** (Petersburg): Contribution à l'étude des localisations cérébrales. (Observation de Porencéphalie fausse double.)

(Archives de Neurologie Nro. 3. 1881.)

Nach einem historischen Ueberblick über die wenigen bisher in der Literatur hinterlegten Fälle von jener interessanten Hemmungsbildung des Gehirnes, die Heschl mit dem Namen Porencephalie — Communication des Seitenventrikels mit der freien Gehirnoberfläche in Folge eines congenitalen partiellen Defektes resp. Zerstörung der Hirnsubstanz — belegte, theilt M. eine neue einschlägige Beobachtung in extenso mit, die wohl ein Unicum in der medic. Literatur bildet.

Makar Bogdanow 30 J. alt, Idiot, paraplegisch — dabei die Beine im Zustande starker Contractur — Tod in Folge eines Erysipels. Aus dem sehr genau aufgenommenen und detaillirt publicirten Befunde heben wir im Nachstehenden das Wichtigste bezüglich des Gehirnes hervor. Hinsichtlich der übrigen nicht weniger interessanten Angaben über das Skelett müssen wir auf das Original hinweisen.

Die rechte Hemisphäre ist länger als die linke und bedeckt vollständig das Kleinhirn — während die linke einen Theil desselben frei lässt. Hingegen ragt der linke Frontallappen weiter nach vorne als der rechte. An der Convexität der linken Hemisphäre besteht in der Gegend der Parietalwindungen eine geringe Depression, während die Basis derselben Hälfte mehr hervor gewölbt erscheint.

Am auffälligsten jedoch ist eine beträchtliche Verkürzung der beiden Centralwindungen, eine deutliche Einziehung und trichterförmige Vertiefung an der Convexität und zwar nach unten und etwas vorne von den Centralwindungen — das völlige Fehlen des Operculum — und endlich das starke Prominiren der freiliegenden Insel. Gegen die trichterförmige Einziehung hin convergiren fächerförmig die hinteren Enden der 2. und 3. Stirnwindung vorn in die verkümmerten Centralwindungen und senken sich dort mit ihrer grauen Substanz bis ins Innere der Seitenventrikel ein. Nach hin-

ten von dem Trichter liegt zu Tage die hintere Partie der stark prominenten, unregelmässig gestalteten Insel, deren vorderer Theil vom Frontallappen bedeckt ist. Die ganz gleichen Oberflächenverhältnisse finden sich auch auf der rechten Hemisphäre — nur ist hier die ganze Insel vollständig unbedeckt.

Der Sphenoideallappen erscheint über die Norm langgestreckt. Der Praecuneus ist nur rudimentär entwickelt, (kaum $^1/_3$ der gew. Grösse). Die Corp. callosa in ihrer mittleren Partie sehr verdünnt, im Knie hingegen verdickt. Die vordere und mittlere Commissur vollständig intact. Das Septum pellucidum fehlt gänzlich, die Seitenventrikel communiciren in Folge dessen mittelst einer 2,1 Centm. hohen und 2 Centm. breiten Oeffnung. Längs des oberen Randes sowie der ganzen äusseren Wand der Seitenventrikel sieht man Züge von bis ins Innere derselben vordringenden Hirnwindungen mit ihrem corticalen Grau — die Enden der Central- und Frontalwindungen sowie der Insel, — durch deren dünne Lage allein die Ventrikel von der Hemisphärenoberfläche getrennt sind. Nirgends geht die graue Substanz der eingerollten Windungen in die Centralganglien über. Der Stabkranz fehlt gänzlich, das Corpus call. allein verbindet die Centralwindungen, dringt in die S.-Ventrikel vor und gelangt direct zum Corp. striatum.

Centralganglien, sowie capsul. inter. und externa erscheinen normal. Die Vormauer zeigt macro- wie microscopisch den Befund wahrer Hypertrophie.

Die Corticalis der Centralwindungen lässt microscopisch normale Anordnung und gewöhnliche Grössenverhältnisse der Rindenzellen erkennen — während in der Rinde jener Windungsparthien die bis ins Innere der S.-Ventrikel gehen, die normale Schichtung der übrigens in Form und Grösse nicht veränderten Zellen vermisst wird.

An manchen Stellen der Gehirnoberfläche besonders Insel und Temporallappen finden sich Sinuositäten vor. Verf. nennt sie beschrieben bilaterale Hirnanomalie, da die S.-Ventrikel von der Gehirnoberfläche durch eine wenn auch nur sehr dünne Substanzlage getrennt sind und somit eigentlich keine vollständige Oeffnung nach Aussen in den Grund des Trichters haben, durch welche sie frei mit dem Subarachnoidal-Raum an der Convexität communiciren könnten — welche freie Communication bekanntlich von Heschl als essentiell für Porencephalie angesehen wird — doppelte Pseudo-Porencephalie „Porencéphalie fausse").

Mierzejewsky nimmt in der Analyse des Falles an, dass es sich um eine im 3. Foetalmonate aufgetretene Entwicklungshemmung des Gehirnes in Folge von Hydrocephalus internus handle. Die trichterförmige Einziehung ist das Resultat mechanischer Druck-Momente. Der Hpdroceph. inter. drängt die Inselgegend stark nach Aussen, in Folge dessen die angrenzenden Windungen nicht mehr im Stande sind in der gewöhnlichen Weise ihre Längsentfaltung durch zu machen — sie sind nun gezwungen sich einzurollen.

Die in vivo beobachtete Lähmung erklärt sich durch die angeborne völlige Isolirung der Centralwindungen von der Capsula

interna sowie der Centralganglien, demzufolge jede Leitung motorischer Impulse von den motorischen Rindenfeldern nach der Peripherie unmöglich ist.

Verf. erblickt in diesem Falle von congenitaler Entwicklungshemmung eine neue Bestätigung der auf anderen Wegen und nach anderen Methoden gewonnenen Hirn-Localisationslehre.

Die rudimentäre Entwicklung des Praecuneus möchte Mierzejewsky entgegen Gratiolet nicht als charakteristisch für Idiotie ansehen.

Zahlreiche Abbildungen und Tafeln sind der interessanten Mittheilung beigegeben.

Müller (Graz).

---

376) **Langenbuch** (Berlin): Meine weiteren Erfahrungen über die Wirkung der Nervendehnungen bei Tabes und anderen Rückenmarkskrankheiten.

(Berl. Klin. Wochenschr. 1881 Nr. 24—27.)

In dieser sehr beachtenswerthen Arbeit spricht sich der Verf. zunächst über das Wesen der Tabes aus und entwickelt die höchst plausible Ansicht, dass die Tabes ihre ersten Anfänge nicht direkt im Rückenmark und vor Allem nicht in den Goll'schen Strängen nehme, sondern vielmehr von den peripheren Ausbreitungen der sensiblen Nerven ausgehe und sich von dort aus erst centripetal auf das Centralorgan verbreite. Zu dieser Annahme führt den Verf. zunächst die Thatsache, dass er bei allen seinen Dehnungen makroscopisch wahrnehmbare Veränderungen in den Markscheiden und Nervenstämmen fand. Dieselben bestanden das einemal in einer Schwellung, Aufquellung und röthlichen Verfärbung der genannten Gebilde, das andremal in einer mehr trocknen, atrophischen, violette oder gelblich-grünen Beschaffenheit derselben. Ferner ergibt schon ein blosses theoretisches Raisonnement, dass die ungemein grosse Häufigkeit der Tabes im Gegensatz zu andern Rückenmarkserkrankungen nur dann erklärlich wird, wenn man die periphere Entstehung als Ausgangspunkt der Erkrankung annimmt, da man sonst zu der ganz haltlosen Hypothese von einer besonderen Disposition resp. einer spezifischen Beschaffenheit der Hinterstränge gezwungen werde. Schon die jetzt ziemlich verbreitete Annahme der Erkältung als häufigstem ätiologischem Moment für Tabes weise mit Nothwendigkeit auf den urgirten centripetalen Hergang hin. Nun sei ja auch in den frischen Fällen von Tabes, die bislang zur Untersuchung gelangten — wie z. B. in dem bekannten Westphal'schen — durch die mikroscopische Untersuchung erwiesen, dass sich der Krankheitsprocess in den frühsten Stadien thatsächlich auf diejenigen Theile der Hinterstränge beschränkt habe, *„welche (nach Flechsig) im Wesentlichen als direkte Fortsetzung der peripheren Nerven, wenn man will, als periphere Nervensubstanz selber anzusehen sind, nämlich die Keilstränge, während er erst später auf die Goll'schen Stränge übergeht, da diese ihrer Hauptmasse nach nicht direkt mit den peripheren Nerven sondern erst auf Umwegen durch die dazwischen geschaltete graue Substanz in Verbindung stehen.“*

Noch später können per contiguitatem auch Partieen der Pyramidenseitenstrangbahnen in den Krankheitsprocess mit hineingezogen werden, durch deren Funktionsstörung dann die leichte Muskelermüdbarkeit der Tabetiker verursacht wird.

Dieser Ursprung der Tabes ist nach Ansicht des Verf. im Einklang mit Charcot so zu deuten, dass es sich um „parallele in den Bindegewebsscheiden der Nerven, Wurzeln und Hinterstränge aufwärtskriechende entzündliche Ernährungsstörungen handelt. Dass man in den Nerven im Gegensatz zu dem erkrankten Rückenmark relativ nur geringe Bindegewebssclerose findet, rührt nach ihm davon her, *dass das interstitielle Bindegewebe im Marke einen absolut anderen morphologischen Charakter wie an den peripheren Stämmen trägt*“, d. h. nur eine sehr spärliche Binde- und Stützsubstanz für die dicht an einander gedrängten Nervenelemente bildet, in Folge dessen entzündliche Circulationsstörungen, Oedem etc., einen weit schädlicheren Einfluss auf die Nervensubstanz ausüben und daher viel eher zu dauernden Veränderungen der bedrängten Nervenelemente führen werden, besonders wenn man mit Leyden noch annimmt, dass die Vitalität der letzteren durch krankhafte Erregungsvorgänge an und für sich schon herabgesetzt ist. Verf. ist übrigens keineswegs der Ansicht, dass der krankhafte Process jedesmal bis in das Rückenmark hinaufgelangt, sondern dass er in leichteren Fällen nur in den pheripheren Ausbreitungen der centripetalen Nerven und in deren Stämmen verläuft. Analogien hierzu liefert die akute Ataxie nach Pocken, Diphteritis und Typhus, welche ebenfalls ohne Hinterlassung einer Rückenmarksläsion verschwinden kann. Den blitzartigen bohrenden Schmerzen der Tabetiker möchte Verf. die „excentrische“ Beschaffenheit für die meisten Fälle gänzlich absprechen, da viele seiner Patienten diese Schmerzen mit grossem Geschick und gutem Erfolg (durch einfaches Reiben oder Drücken) als peripherische zu behandeln wussten.

Als erreichbares Ziel für die Therapie der Tabes bezeichnet er das schon von Leyden skizzirte: die noch vorhandenen Nervenelemente zu einer besseren und kräftigeren Funktion anzuregen, damit eine bessere Compensation der vorhandenen Verluste eintritt. Man stellt sich hierbei vor, dass ein gewisser Rayon von Nervenfasern durch bindegewebige Einschnürung bereits zu Grunde gegangen ist, während ein andrer Theil noch mit dem Leben ringt und eine dritte Zone vielleicht nur erst durch vorübergehendes Oedem hier u. da in Mitleidenschaft gezogen wird (letzteres würde dem Bilde der sogenannten Crisen entsprechen). Während nun die früher ausschliesslich angewendete Methode der Bäder und der Galvanisation lediglich durch dynamische Einwirkung auf die peripheren Endapparate der Nerven eine Regulirung der Circulation und Ernährung bis in das Rückenmark hinein herbeizuführen suchte, kommt bei der Nervendehnung auch noch eine mechanische Einwirkung auf diese Gebilde hinzu. Sie regt nicht nur die Leitungsvorgänge (nach Brown-Séquard besonders auch die vicariirenden) an, sondern befördert auch nach Art der Massage, des Muskelklopfens etc., die Resorption der entzündlichen Produkte. Wahrscheinlich

wird letztere wesentlich durch die bis in das Rückenmark hinein sich erstreckende Zerreissung der Bindegewebsscheiden angeregt.

Die Operation der Nervendehnung bietet, wenn sie unter den gehörigen antiseptischen Massnahmen und nicht zu gewaltsam ausgeführt wird, absolut keine Gefahr. Die Wunden heilen in einigen Tagen. Von der mächtigen Einwirkung der Nervendehnung auf das Nervensystem kann man sich übrigens schon während der Operation selbst aus dem Verhalten des Pulses und der Respiration eine Vorstellung machen: beide werden bedeutend frequenter, letztere auch oberflächlicher. Zuweilen findet sich nach dem Erwachen aus der Chloroformnarkose eine kurze Zeit lang das Allgemeingefühl insofern etwas alterirt, als dem Kranken z. B. ein Bein länger als das anandere oder mit dem andern gekreuzt zu sein scheint.

Von den Symptomen der Tabes verschwindet zuerst das lästige Kältegefühl in den Extremitäten. Nach einigen Stunden stellt sich auch Schmerz- und Tastgefühl ein, ja es kommt nicht selten zu einer vorübergehenden Hyperästhesie. Nach einem kurzen anfänglichen Sinken der Muskelkraft in den von den gedehnten Nerven versorgten Muskeln steigert sich die grobe Muskelkraft nicht unbedeutend, es verschwindet ferner die Ataxie. 4—8 Tage nach der Operation werden die Pat. noch von Schmerzattaquen heimgesucht, die namentlich in den Fersen, an den Knöcheln, auf den Schienbeinen und in den Kniegelenken ihren Sitz haben und vom Verf. als reaktive Schmerzen in Folge der Operation gedeutet werden. Darauf verschwinden auch diese, und die Kranken fühlen sich nun ganz frei von Schmerz. Auf Stuhlgang, Urinentleerung und Rückkehr der Potenz wirkt die Nervendehnung ebenfalls sehr günstig. Die Patienten bekommen auch ein besseres Aussehen und einen schnelleren ungehinderteren Gedankengang. Zuweilen beobachtet man nach der Operation eine profuse Schweissbildung. Dass der Gang noch Wochen lang etwas Schwächliches und Ataktisches behält, ist zum Theil auf Rechnung der Operation selbst zu setzen zum Theil „ein Ausdruck der perversen Muskelgewohnheit, welche auch nach dem Ausgleiche der zu Grunde liegenden Nervenstörung vom Patienten nicht sogleich abgelegt werden kann“. Bei keinem seiner Patienten, an welchen die Nervendehnung wegen Tabes vorgenommen war, sah Verf. das Kniephänomen zurückkehren. Manche der operirten Tabetiker haben nun bereits seit $1^1/_2$ oder 1 Jahr ausser dem vorerwähnten keine Symptome von Tabes mehr dargeboten. Im Ganzen hat Verf. bis jetzt 22 unzweifelhafte Tabetiker operirt und *genauer* beobachtet. Von diesen gehört Fall I einem noch sehr frühen Stadium der Krankheit an, wie sich nach dem anderweitig erfolgten Tode des Betreffenden durch die negativen Befunde im Rückenmark herausstellte.

Verf. hat ausserdem die Nervendehnung vorgenommen in 2 Fällen von multipler Herdsclerose und zwar mit ziemlichem Erfolge; ferner bei einer unilateralen Seitenstrangsclerose mit dem besten Erfolge (völlige Heilung); an einer progressiven Muskelatrophie bewirkte die Operation eine Abnahme der fibrillären Zuckungen, in 2 Fällen von Trismus und Tetanus konnte die Nervendehnung den

Tod nicht verhindern; in 3 Fällen von Myelomeningitis spinalis lässt sich bis jetzt nicht viel günstiges über den Effekt der Operation berichten; dagegen wurden 2 Fälle von chronischem Pemphigus und hartnäckigem Pruritus senilis durch dieselbe vollständig geheilt. Bei der Besprechung dieser nicht zur Tabes gehörigen Fälle äussert Verf., dass er den höchst frappirenden Erfolg bei den beiden Hautaffectionen der Einwirkung der Nervendehnung auf die complicirten Funktionen des Nervensystems, die als sympathische und vasomotorische zu bezeichnen seien, zuschreibe. Uebrigens bedurfte es bei einer universalen Verbreitung des Leidens über den ganzen Körper zur Heilung beidemale nur der Dehnung des einen Ischiadicus. Bei den 2 Fällen von Trismus und Tetanus war der richtige Zeitpunkt für die Operation wahrscheinlich schon vorüber: man werde bei diesen Erkrankungen jedenfalls unmittelbar nach Ausbruch der ersten Symptome operiren müssen.

Verf. fordert schliesslich zu ausgiebiger weiterer Prüfung der Nervendehnung auf, da sie dem Kranken absolut keine Gefahr, wohl aber viele Aussicht auf Heilung oder doch wenigstens Besserung biete. (Der leidenden Menschheit wäre es zu wünschen, wenn sich die weitgehenden Hoffnungen des verdienstvollen Herrn Verf. realisirten. Ref.) Reinhard (Dalldorf).

---

377) **Straus** (Paris): Des Ecchymoses tabétiques à la suite des crises de deuleurs fulgurantes.

(Archives de Neurologie Nro. 4, 1881.)

Auf Grund von 6 Krankengeschichten darunter 2 eigenen in extenso mitgetheilten Beobachtungen macht Verf. auf eine bisher noch nicht beschriebene vasomotorische Störung bei Tabes aufmerksam, für die er die Bezeichnung tabische Ecchymosen (Ecchymoses tabetiques) vorschlägt. Straus versteht darunter nicht auf traumata zurückführbare, sondern spontan und regelmässig erst im Abklingen oder einige Stunden nach dem völligen Aufhören grosser Schmerzanfälle fleckenweise auftretende Hämorrhagien in die Haut der Glieder. Die Flecken sind anfänglich von mehr oder weniger intensiv rother oder blaulich-rother Farbe und machen rasch die regressive Metamorphose und damit die Regenbogenfarbenscala durch, so dass sie gewöhnlich schon nach 6 Tagen wieder spurlos verschwunden sind. Die Flecken sind völlig indolent, wodurch sie sich genugsam von den Contusionsflecken und Beulen unterscheiden, dabei von unregelmässiger Gestalt und höchst variabler bis Linsenbis 5 Francsstück-Grösse. Meistens kommen sie zu mehreren (3—4) auf einer Extremität vor, und haben fast immer ihren Sitz an jenem Abschnitte des Gliedes, der hauptsächlich von den lancinirenden Schmerzen befallen war und zwar sonderbarer Weise gewöhnlich etwas centralwärts davon. Die Vertheilung selbst folgt durchaus nicht sklavisch der Verästelungen der Hautnerven, wie es die gewöhnlichen tabischen Hautefflorescenzen thun. Niemals sah Straus die Ecchymosen am Rumpf. Die In- und Extensität der Flecken ist im Allgemeinen der Dauer und Heftigkeit der Schmerzattaquen proportional.

Verf. hält die Ecchymosenbildung bei Tabes für ein „sehr gewöhnliches Phänomen“ (? Ref.) und stellt sie an die Seite gewisser Haemorrhagien der Schleimhäute, wie sie schon bei den verschiedenen visceralen Neuralgien der Tabiker bekannt sind.

Die pathologisch-physiologische Frage, ob es sich bei diesen Ecchymosen um einen durch den chronisch-irritativen und in seiner Intensität oft plötzlich exacerbirenden Process in den Hintersträngen reflectorisch ausgelöste locale vasomotorische Congestion (durch Lähmung der in den vorderen Wurzeln gelegenen vasomotorischen Bahnen) oder um eine directe Reizung centrifugaler mit den hinteren Wurzeln das Rückenmark verlassender vasodilatorischer Nerven (Stricker) handelt, lässt Verf. offen.

Müller (Graz).

---

378) **Debove** et **Boudet** (Paris): Recherches sur l'incoordination motrice des ataxiques.

(Archives de Neurolgie 1880 Nro. I.)

Die Verf. gelangen mit Hilfe von Untersuchungen der verschiedenen Unterextremitätmuskeln von Tabikern mit Ataxie mittelst Myophon und graphischer Darstellung der electrischen Muskelzuckungen zu einer Theorie über die Entstehung der Incoordination, die, wenn auch schon von Lockhart Clarke im Jahre 1862 aufgestellt und vertheidigt, doch erst durch die Versuchsergebnisse der oben genannten Autoren, neue schwerwiegende Argumente erhalten und hierdurch wirksam gestützt werden wird.

Die Ataxie der Tabiker hat ihren Grund in dem *ungleichen Tonus* der einzelnen Muskeln; sie wird gemildert und vermindert durch eine Contraction der Muskeln ad maximum.

Müller (Graz).

---

379) **Rosenthal** (Wien): Zur Charakteristik der Myelitis und Tabes nach Lues.

(Wiener med. Presse 1881 Nro. 3, 6, 7, 9.)

Rosenthal fand bei sorgfältiger und genauer anamnestischer Prüfung von 105 tabischen Affektionen aus den letzten 2 Jahren nur 19 mal secundär-syphilitische Antecedentien eruirbar, so dass sich nach seinen Erfahrungen das Verhältniss vorangegangener Syphilis bei Tabikern auf 18 Procent stellt. In fünf Fällen hatten die länger dauernden spezifischen Curen eine auffällige Verschlimmerung der tabischen Beschwerden zur Folge. Hingegen findet bei gewöhnlicher syphilitischer Myelitis unter antisyphilitischer Behandlung eine rasch unter dem Auge des Beobachters vor sich gehende, progressive Ausbesserung und Erhohlung der mannigfachen Störungen statt, wie sie bei der vulgären nicht syphilitischen Myelitis erfahrungsgemäss durch keinerlei Verfahren erzielt werden kann.

Die therapeutischen Erfolge sind bei der nach Lues auftretenden Tabes ebenso spärlich und unvollkommen, als bei der vulgären Form. Die syphilitisch beleumundete Tabes lässt in Bezug auf Gruppirung, Reihenfolge und Häufigkeit der einzelnen

Symptome gar keinen Unterschied von der sog. nicht syphilitischen Tabes nachweisen. Da ferner die für luetisch ausgegebene Tabes sich weder mit Hilfe der selbst schwankenden statistischen Daten aufrecht erhalten, noch durch beweiskräftige anatomische und klinische Befunde legitimiren kann, so hat sie ihrer Halbschwester, der syphilitischen Myelitis gegenüber keine Berechtigung im System der Pathologie eine eigene Stellung zu beanspruchen.

Müller (Graz).

---

380) **Thomas Grainger Stewart** (Edinburgh): On paralysis of hands and feet from disease of nerves. (Ueber Lähmung der Hände und Füsse in Folge von Nerven-Erkrankung) Vortrag in der Edinb. med. chirurg. Society.

(Edinb. med. Journal. April 1881.)

Verf. theilt zunächst drei Beobachtungen mit, welche er im Jahre 1880 zu machen Gelegenheit hatte. Die erste betraf einen 52jährigen Kranken, welcher nach einem Falle über eine Stiege herab und beträchtlicher Erschütterung dadurch in den Händen und Füssen das Gefühl des Eingeschlafenseins bekam. Daran schloss sich Steifheit in den Handgelenken, Schwierigkeit der Greifbewegungen und des Ganges, heftige Schmerzen in Händen und Füssen und Anschwellung derselben, in sich mehr und mehr steigendem Grade.

Bei der Aufnahme nach ca. 2monatlicher Krankheitsdauer fanden sich die angegebenen Symptome; ferner: beträchtliche Herabsetzung der Tastempfindung in den Händen, geringe an den Vorderarmen, normales Verhalten der Tastempfindung über den Ellbogen, Herabsetzung ebenso in den Füssen; Verlangsamung der Schmerzempfindung bei Hyperalgesie, Herabsetzung des Muskelsinns in den Händen; Hautreflexe fehlen auf leichte Reize, sind aber bei starken Reizen lebhafter als normal. Patellarsehnenreflexe fehlen. Es besteht Parese der Hand und Fussmuskeln, völlige Lähmung der Finger und Zehenmuskulatur. Die Muskeln sind atrophisch, reagiren schwächer auf den faradischen Strom; Glanzhaut am Rücken der Finger und Anschwellung der Zehen waren vorhanden.

Unter Behandlung mit dem faradischen Strom und innerlich Ergotin begann die Besserung, und schritt langsam aber stetig vorwärts. Nach 9 Monaten waren von den krankhaften Erscheinungen nur noch leichte Steifheit der Finger, und Schwerfälligkeit im Gange (Pat. bewegte die Füsse en masse) zu bemerken.

Der zweite, 51jährige Patient bot beinahe ganz gleiche Erscheinungen. Die Entwicklung der Krankheit war eine raschere; innerhalb 12 Tage wurde der Pat. unfähig zu gehen und zu stehen. Auf der rechten Seite waren die Symptome in höherem Grade vorhanden; völliges Fehlen der Hautreflexe an Hand und Fuss, sehr herabgesetzte Tastempfindung. Im weiteren Verlauf schwand der Patellarreflex, stellte sich Gürtelgefühl, Obstipation und Harnverhaltung ein, nach 4 Monaten aber war bedeutende Besserung eingetreten.

Der dritte Patient erkrankte im 31. Jahre an den gleichen sich langsam entwickelnden Erscheinungen, welche zuerst in den Füssen auftraten. Bei der Aufnahme nach 3 monatlicher Krankheitsdauer zeigte er Parese in Händen und Füssen, Taubheit in denselben, Verminderung des Tast- und Temperatursinnes, grosse Schmerzhaftigkeit bei Versuch die betr. Muskeln zu gebrauchen; Fehlen des Patellarreflexes; Verminderung der electrischen Erregbarkeit; leichte geistige Schwäche. Eine intercurrente Pneumonie führte den Tod herbei.

Verf. glaubt, dass man es hier mit einer Krankheit eigner Art zu thun habe und zwar mit einer Neuritis der peripheren Nerven. Eine Erkrankung des Rückenmarkes sei aus dem Grunde auszuschliessen, weil dieselbe sehr ausgebreitet sein müsste, da in den erkrankten Theilen Sensibilitäts-, Motilitäts- und trophische Störungen vorhanden waren. Eine derartige Rückenmarkserkrankung hätte dann aber noch weitere Symptome im Gefolge gehabt. Der Leichenbefund bei dem dritten Patienten dient zur Unterstützung für Verf. Ansicht. Es fanden sich nämlich in den Nervi mediani, ulnares und tibiales die Zeichen von Neuritis; spindelförmige Anschwellung der Axencylinder und Verwandlung derselben in colloide kugliche Massen. Stellenweise war der ganze Nerv entartet, an anderen Stellen waren noch normale Bündel vorhanden. Der Plexus brachialis sowie die Ischiadici waren normal. Das Rückenmark zeigte sich in den Goll'schen Strängen afficirt, sonst normal. Eine Untersuchung der ergriffenen Muskeln wurde nicht gemacht. Der Befund im Rückenmark ist als aufsteigende Degeneration desselben zu deuten. Die geschilderten Fälle reihen sich den von Duménil, Bablon, Eichhorst, Eisenlohr, Joffroy und Leyden veröffentlichten an. Die Zusammenstellung der klinischen Erscheinungen, wie sie Verf. nach diesen Fällen und den angegebenen Autoren gibt, erweitert in einigen kleinen Zügen das von Leyden (cf. Ref. im Jahrg. 1880 pag. 524) geschilderte Bild.

Für die Behandlung empfiehlt Verf. Ergotin im Anfange.

Karrer (Erlangen).

---

381) **F. Fischer** jr. (Pforzheim) und Prof. **Fr. Schultze** (Heidelberg): Ueber die elektrische Erregbarkeit bei den Rückenmarkserkrankungen der Dementia paralytica nebst einem Beitrage zur pathologischen Anatomie und Pathologie derselben.

(Arch. für Psych. und Nervenkrh. XI. Band. 3. Heft.)

F. wendet sich in dieser Arbeit gegen die Behauptungen Svetlin's, der bekanntlich in allen Fällen von Paralyse, die mit Rückenmarkssymptomen einhergingen, eine Erhöhung der elektrischen Erregbarkeit, eine bedeutende Verringerung des Leitungswiderstandes und nicht selten auch eine Aenderung der Zuckungsformel gefunden haben will. Was speziell die Verminderung des L. W. anlangt, so dachte sich Svetlin die Sache so, dass dieselbe desto grösser sein werde, je länger die von dem Strom durchflossene

Strecke des erkrankten Rückenmarks sei. Dies schloss er daraus, dass er bei der Prüfung der galvanischen Erregbarkeit der Peronaei (1 Elektrode auf die Halswirbelsäule, die andere auf den Peronaeuspunkt) mit gleicher oder selbst geringerer Elementenzahl fast immer einen grösseren Nadelausschlag erhielt. Bedenkt man aber, wie verschwindend klein der L. W. in dem Nerven- und Muskelapparat ist gegenüber dem in der Haut und dem Unterhautfettgewebe, so wird man das Hinfällige der S.'schen Deduction sofort erkennen. Verf. führt nun 3 eigne Untersuchungsreihen an, den mikroskopischen Theil dieser Arbeit hat Prof. Schultze in H. ausgeführt. Im *ersten* Fall war die faradische Erregbarkeit der Nerven nicht wesentlich verändert. Die galvanische Erregbarkeit in beiden Peronaeis war vermindert, im rechten Accessorius und Ulnaris gegenüber dem linken etwas erhöht. Qualitativ fehlte jegliche Veränderung der elektrischen Erregbarkeit. Die Autopsie ergab: ältere Pachymeningitis haemorrhagica, Atrophie und diffusse Sclerose des Gehirns, und eine primäre Seitenstrangdegeneration im Dorsaltheil. Im *zweiten* Fall war die faradische Erregbarkeit normal, die galvanische Erregbarkeit in beiden Peronaeis ziemlich bedeutend herabgesetzt, in den Accessoriis und Ulnaribus ein wenig vermindert und zwar rechts etwas mehr als links. Qualitativ fand sich keine Veränderung. Bei der Section zeigte sich: hochgradige Atrophie und Erweichung des Hirns und Rückenmarks, im obersten Halstheil des letzteren eine gelblich-weise Verfärbung der Türk'schen Stränge, ferner die Pyramidenbahnen in den Seitensträngen und partielle strichförmige Degeneration der Hinterstränge des Dorsaltheiles. Im *dritten* Fall endlich war die faradische Erregbarkeit in den Peronaeis herabgesetzt, die galvanische Erregbarkeit der Nerven der rechten Seite durchweg geringer als diejenige der Nerven der linken Seite, und im rechten Accessorius blieb die An OZ ganz aus. Ausser Osteosclerose des Schädels, Trübung und Verdickung der Pia, hochgradige Atrophie und Erweichung des Gehirns und bedeutender Erweiterung der Seitenventrikel fand sich Weichheit des Rückenmarkes und eine eigenthümliche Anordnung der grauen Substanz im unteren Dorsalabschnitt, die in einer Vermehrung derselben auf Kosten der weissen besteht, trotzdem die eine Clarke'sche Säule und das eine Vorderhorn hier und da sehr reducirt erscheinen. Im Allgemeinen gelangt Verf. zu dem Resultat, dass auch für die Paralyse der in der Rückenmarkspathologie gültige Satz gilt, „dass selbst bei bedeutenden pathologisch-anatomischen Veränderungen des Rückenmarks, falls nicht die vordere graue Substanz und die vorderen Wurzeln afficirt sind, gewöhnlich nur geringgradige Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit der Nerven gefunden werden, und *dass demnach die elektrischen Erregbarkeitsverhältnisse zur Diagnose einer Rückenmarkserkrankung bei Dementia paralytica nicht verwerthet werden können.*

Reinhard (Dalldorf).

---

382) **Azam** (Bordeaux): Les troubles intellectuels provoqués par les traumatismes cérébraux. (Ueber die geistigen Störungen durch Hirnverletzungen.

(Archives générales de médecine 1881, Februar pag. 129—150. März pag. 291—315.)

Verf. hat die Bearbeitung des angegebenen Themas aufgenommen, da in den früheren darüber erschienenen Arbeiten die Analyse der psychischen Symptome meist mangelhaft sei. Vorerst giebt er eine Zusammenstellung von veröffentlichten Fällen, dazu noch eine Anzahl neuer, theils von ihm selbst beobachteter, theils von andern Autoren zur Veröffentlichung überlassener. Diese seien hier in Kürze referirt.

I. (Beob. von Legrand du Saulle.) Ein 38jähr. Notar hatte sich von einem Sturz aus dem Wagen mit mehrstündiger Bewusstlosigkeit unter sorgfältigster Behandlung anscheinend völlig erholt und sein Amt weiter versehen. Nach Verlauf von 5 Jahren entwickelte sich bei ihm Paralyse. Nun erst erinnerte sich die Frau, aufmerksam gemacht, dass Pat. seit dem Falle an zeitweisen Kopfschmerzen gelitten habe und seit jener Zeit auch eine ganz allmähliche Aenderung in seinem Wesen zu datiren sei.

II. Der 38jährige Patient hatte im Jahre 1870 eine Kopfschusswunde erhalten, 9 Ctm. über dem l. meat. auditorius; darnach Bewusstlosigkeit, rechtseitige völlige Lähmung, einige Tage dauernde Aphasie. Trepanation, Entfernung von Kugelstücken und Knochensplittern, Heilung mit Zurückbleiben einer Fistel. 1873 traten epileptiforme Anfälle der R. Seite auf, meist im Anschluss an kleine Excesse. Die Anfälle nahmen an Häufigkeit und Heftigkeit zu. Desshalb im Mai 1880 wiederum Trepanation, nochmals Knochen- und Kugelstücke entfernt. Juni 1880 Heilung. Pat. gibt an, dass seit der Verwundung seine Intelligenz weniger lebhaft gewesen sei; er Sprachbehinderung gehabt, und sein Charakter sich völlig geändert habe, indem er sehr misstrauisch und reizbar geworden sei. Durch die letzte Operation glaubt er wieder seinen früheren normalen Zustand gewonnen zu haben.

III. Einem 13jähr. Knaben drang beim Sturz von einem Baume ein Pfal durch die linke Orbitaldecke. Ein stecken gebliebenes Stück wurde von Broca entfernt. Aphasie und Symptome rechtseitiger Lähmung waren die nächste Folge. Erstere währte drei Monate lang; dann kehrte die Sprache allmählich zurück. Eine ganz entschiedene Aenderung erfuhr der Character des Pat.; der gut veranlagte und gute Eigenschaften bisher zeigende Kranke wurde ungehorsam, gewaltthätig, boshaft und schien das moralische Gefühl zum Theil verloren zu haben.

IV. (Aus der Broca'schen Klinik.) Ein 19jähriger Arbeiter erhielt durch einen Schlag auf den Kopf eine Wunde im Bereich der 3. linken Stirnwindung; Bewusstlosigseit, Delirien, Aphasie, Gedächtnissschwäche waren die Erscheinungen. Heilung erfolgt in 14 Tagen

V. Ein 47jähriger Mann erlitt durch einen Fall eine Hirnerschütterung. Nach 10stünd. Bewustlosigkeit folgten 24 Stunden

lang ruhige Delirien. (Diese Art Delirien kommen nach Verf. bei Hirnerschütterung am häufigsten vor.)

VI. Von einem Sturz aus 7 Meter Höhe hatte sich ein Patient nach einigen Tagen völlig erholt nur hatte er die Erinnerung an den Tag des Unfalles verloren.

VII. Eine gleiche Beobachtung. Fall eines Arbeiters aus 20 Meter Höhe, heftige Hirnerschütterung, 12 stündige Bewusstlosigkeit, danach anfänglich völliger Erinnerungsverlust; allmähliche Rückkehr des Gedächtnisses bis auf eine Lücke, welche einige Zeit vor der Katastrophe beginnt.

VIII. Ein Handlungsreisender wurde bei einem Eisenbahnunglücke besonders am Kopfe verletzt, blieb 4 Tage bewusstlos und hatte beim Erwachen die Erinnerung an das Unglück und einige Zeit vorher verloren. Längere Zeit blieb das Gedächtniss geschwächt, ebenso auch die geistigen Fähigkeiten, Pat. hatte die Orthographie sowie das Rechnen vergessen; ebenso fehlte ihm Gedächtniss für Personen und Daten. Dabei war er ungemein reizbar, ungeduldig und misstrauisch geworden. Nach 4 Monaten sah ihn Verf. wieder völlig genesen und im Stande Auskunft über seine überstandene Krankheit zu geben.

IX. Bei einem Kutscher, welcher im Rausche vom Bocke gestürzt war und eine bedeutende Sugillation der linken Schädelhälfte hatte, bestand Bewusstlosigkeit und darnach Halbcoma 7 Tage lang. Darnach zeigte sich Aphasie. Nach drei Wochen ziemlich geheilt entlassen bei bestehender leichter Geistesschwäche und Gedächtnisslücken.

X. Einem Kaufmanne blieb nach schwerem Sturz vom Pferde auch als die Genesung sonst völlig eingetreten war, die Erinnerung an die kurz dem Unglück vorausgegangen Dinge verloren.

Unter den übrigen aufgeführten Fällen finden sich noch drei mit gleichem Verlauf (Erinnerungsverlust an den Unfall und einige Zeit vorher).

Aus Lasègue's und Légrand du Saulle's Praxis kann Verf. noch je eine Beobachtung veröffentlichen Die eine betrifft einen Officier, welcher nach Heilung von den Folgen eines Sturzes vom Pferde noch 2 Jahre diente, aber, der Familie zuerst bemerkbar, ganz allmählich seinen Character und sein ganzes Wesen änderte, und schliesslich unter zunehmenden Schwächeerscheinungen starb. Im andern Fall handelt es sich um einen angesehenen 75 jährigen Beamten, welcher nach einem Sturz aus dem Wagen rasch dem Altersschwachsinn verfiel.

Die Zusammenstellung zählt im Ganzen 59 Nummern, ein paar Fälle sind doppelt aufgeführt. Es hat ausschliesslich nur französische Literatur zur Auswahl gedient. (Eine Dissertation von Bauchet; Mesnet: de l'automatisme de la mémoire et du souvenir; Ribol, sur les désordres généraux de la mémoire, Delfau, Dufour Dissertationen über das Thema, Echeverria.)

Nach Anführung der Ansichten der verschiedenen Autoren über das Wechselverhältniss von Hirntrauma und geistiger Störung, wobei wenigstens auch Griesinger angeführt wird, spricht Verf. seine

Ansicht dahin aus, dass die Störung der Hirnthätigkeit zum grössten Theile abhänig sei von Störung der Blutcirculation in bestimmten Bezirken. Er glaubt auch, dass für die einzelnen Geistesfähigkeiten, wie Aufmerksamkeit, Gedächtniss-Phantasie, Association besondere Bezirke bestehen. Ausser der Circulationsstörung nimmt Verf. dann noch eine moleculäre Aenderung der Nervenelemente durch Erschütterung an.

In der Besprechung der einzelnen auf Kopftrauma folgenden Symptomen (Coma, Stupor, Hallucinationen, Delirien etc.) berücksichtigt Verf. besonders die Störungen der Erinnerung. Bemerkenswerth ist, dass meist die Erinnerung nicht nur an den Unfall selbst, sondern zugleich an eine mehr weniger lange Zeit vor demselben ausgelöscht ist. (Amnésie rétrograde.)

Die Erklärungsweise ist eine grob mechanische, die geistigen Erscheinungen sind nach Verf. als Hirnvorgänge aufzufassen, welche der Secretion des Harnes oder des Magensaftes ganz zu vergleichen sind.

Karrer (Erlangen).

---

383) **Fr. Schnopfhagen** (Insbruck): Eine bequeme und zarte Methode der zwangsweisen Fütterung.

(Jahrb. f. Psychiatr. 1881. III. Bd. H. I. u. II.)

Diese Methode der zwangsweisen Fütterung, dessen eigentlicher Erfinder Dr. Keppelmayr ist, besteht darin, dass dem horizontal auf dem Bett liegenden Patienten eine Jaques'scher Katheter Nro. 10 durch den unteren Nasengang und durch die Rachenhöhle bis zum Pharynxeingang, wo die Weiterbewegung desselben auf Widerstand stösst, geschoben wird. Nun wartet man bis der Patient eine Schlingbewegung macht, was durch Zuhalten der Nase und des Mundes beschleunigt werden kann, wodurch der Katheder von selbst oder durch ganz sachtes Nachschieben durch die Cardia bis in den Magen gelangt. (Man hüte sich zu hastig zu schieben, d. h. bevor eine Schlingbewegung erfolgt, da sonst der Katheter leicht zwischen den Zähnen zum Vorschein kommen kann.) Man spritze dann mit einer Spritze langsam die Nahrungsflüssigkeit durch den Katheter in den Magen.

Bei Application von Klystieren wendet Dr. Keppelmayr anstatt der halbstarren Kautschuckröhren ebenfalls weiche Röhren mit weitem Caliber zum Einführen in das Rectum an, um Verletzungen des Mastdarms zu verhüten.

Halbey (Bendorf).

---

384) **Peeters:** L'encombrement des asiles des aliénés.

(Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique Nro. 20. année 1881. 10 fascicule.)

Die Frage von der Ueberfüllung der Irrenanstalten ist keine neue. Sie interessirt nicht nur Belgien sondern auch alle andern Länder. In dem vom Generalinspector der belgischen Irrenanstalten erstatteten Jahresberichte von 1878 findet man, dass die Zahl der untergebrachten Irren, welche sich im Jahre 1852 auf 3841 belief,

1876 bereits die Höhe von 7441 erreicht hatte. England zählte 1859 nur 36,762 Geisteskranke, im Jahre 1879 gab es dasselbst 69,885 Irre. In Frankreich hat sich die Bevölkerung der Irrenanstalten vom Jahre 1835 bis 1869 verdreifacht, indem sie sich von 10,539 auf 38,545 hob. — Während in Meerenberg 1876 nur 789 Kranke zu behandeln waren, gab es daselbst 1878 schon 843 und im Jahresbericht von 1879 beklagt sich der Director darüber, dass er gezwungen war 879 Irre zu verpflegen. Also überall Zunahme und Ueberfüllung! Das Mittel zur Bekämpfung dieses Uebelstandes scheint im ersten Moment ein sehr einfaches zu sein. Wenn es aber an Platz mangelt, so vergrössert man einfach die vorhandenen Anstalten oder erbaut neue. Dieser Weg ist auch bisher überall eingeschlagen worden. Frankreich, welches 1837 nur 34 Anstalten besass, hatte im Jahre 1861 bereits 99 und 8 Jahre später 103. Die Berichte der englischen Inspectoren bringen alljährlich eine Liste von Anstalten die neu zu errichten sind und von vorhandenen Abtheilungen, welche vergrössert werden müssen. Und das Uebel besteht trotz dem angewandten Heilmitteln fort! Dufour hat berechnet, dass in Frankreich durchschnittlich 800 neue Plätze jährlich creirt werden müssen; wenn den dringensten Bedürfnissen des Dienstes genügt werden soll. In Belgien ist die Erbauung neuer Anstalten gegenwärtig ein dringendes Erforderniss. Man baut in Tournai, man wird auch anderswo bauen. Aber — man hat gebaut und baut alle Tage in den Nachbarländern und der Uebelstand der Ueberfüllung besteht trotzdem fort. Mit dem Augenblicke, wo ein Asyl eröffnet wird, ist es auch schon angefüllt von chronischen Fällen. Hunderte von Irren, die bisher unbemerkt und unbeachtet geblieben, tauchen plötzlich auf und müssen nun sofort untergebracht werden. Man sollte doch nicht so bereitwillig alle Kranke ohne Unterschied aufnehmen und die Plätze zunächst für die Heilbaren und Gemeingefährlichen reserviren. Es sind bisher zu viele chronische Kranke eingetreten, deren Austritt wegen Heilung oder erheblicher Besserung niemals zu erwarten ist. Andererseits sind die Verhältnisse, unter denen die Irren sich nun in den Anstalten befinden, so günstige geworden, dass die Zahl der Todesfälle bedeutend geringer geworden ist. Daher Zunahme der Eintritte und Abnahme der Austritte. Verf. will nun zunächst die Aufnahmen beschränken; Aufnahme ohne Unterschied ist durchaus nicht erforderlich. Dafür spricht schon die Thatsache, dass in Europa die Hälfte der notorisch existirenden Geisteskranken nicht sequestrirt oder interdicirt ist. Man kann die schwachsinnigen, unschädlichen Irren aufs Land in Familienpflege geben und dieselben zum theilweisen Erwerb ihres Unterhalts anhalten. Dies beweist Gheel zur Genüge. Schottland liefert dafür ein anderes Beispiel. Aehnliche Versuche sind auch in England gemacht worden und Deutschland scheint ebenfalls geneigt, eine Reform nach dieser Richtung anzubahnen. Man hat zu lange gewartet und hat dem Uebelstande der Ueberfüllung nur ein kostspieliges und nutzloses Mittel entgegengesetzt — die Erbauung neuer Anstalten und die Vergrösserung der schon bestehenden. Fort mit dem Principe der Sequestration! Gebt der Freiheit, der Arbeit und dem Familienleben

hunderte von harmlosen Irren, welche die Anstalten überfüllen, wieder, alsdann wird genügend Platz da sein für die Unglücklichen, die der Anstalt wirklich bedürfen!

(Neue Gesichtpunkte bezüglich des in den letzten Jahren so vielfach erörterten Themas sind im Vorstehenden kaum enthalten. Es muss anerkannt werden, dass Verf. nur Thatsächliches und Beherzigenswerthes angeführt hatt. Die Stadt Berlin mit ihrer grossen eben eröffneten und auch schon überfüllten Anstalt in Dalldorf liefert einen neuen Beweis dafür, dass das blosse Erbauen neuer Anstalten nicht mehr ausreicht und nun andere Mittel und Wege gefunden werden müssen, unheilbare harmlose und arbeitsfähige Irre passend und zweckmässig unterzubringen. Ref.)

Rabow (Berlin).

---

385) **Lentz et Schrevens** (Belgien): Rapport médico-légal sur l'état mental du nommé D . . ., prévenu de perricide.

(Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. Nro. 20. 1880.)

Der Angeklagte D. hatte in Folge eines wohl verdienten Verweises, dem ihm die Mutter ertheilt hatte, dieselbe geohrfeigt. Als der dazwischen tretende Vater erklärte, dass man eine Mutter nicht in dieser Weise behandele und den Sohn hinauswerfen wollte, stürzte dieser mit einem Messer auf ihn los und brachte dem Vater recht schwere Verletzungen bei. Es mussten erst mehrere Personen herbeikommen und sich lange abmühen, ehe es gelang, den Wüthenden zu entwaffnen. Er fügte sich erst, als man ihm die Kehle zugedrückt hatte und er sich nicht mehr rühren konnte, alsdann rief er:“ Verzeihung ich werde mein Messer übergeben. Unmittelbar darauf wurde er in ein besonderes Zimmer gebracht und auf's Bett gebunden. Es gelang ihm schnell, sich frei zu machen. Alsdann begann er, sich zu waschen, anzukleiden und ans Frühstück heranzumachen, als ob gar nichts vorgefallen wäre. Als der Bruder ihn erblickte und ausrief: „Unglücklicher was hast Du angerichtet!“ antwortete er ganz gelassen: „Es musste endlich damit ein Ende gemacht werden.“

Es waren kaum zwei Jahre verflossen, seitdem D. das Seminar verlassen hatte und ins Elternhaus zurückgekehrt war. Seit diesem Zeitpunkte hatte er sich jedoch schon verschiedener grober Vergehen schuldig gemacht. In einem Streite mit dem Bruder hatte er demselben zwei Messerstiche versetzt. Bei einer anderen Gelegenheit hatte er den Vater ebenfalls mit dem Messer attaquirt, weil dieser ihm vorwarf, in unsinniger Weise Geld verschwendet zu haben. — Bezüglich der Antecedentien wird angegeben, dass die Eltern des Angeklagten Blutsverwandte (Cousin u. Cousine) sind. Dieselben hatten 13 Kinder, von denen nur noch 6 am Leben sind. In der Seitenlinie sollen mehrere Fälle von Epilepsie vorgekommen sein. D. ist von Jugend auf sehr reizbar gewesen. In der ersten Zeit, etwa bis zum 8. Lebensjahre, hat er an epileptoiden Zufällen gelitten. (Er selbst stellt dies in Abrede). Zeugen geben genau an, dass er wiederholt niederstürzte, dass er Schaum vor dem Munde hatte und 10 bis 15 Minuten lang ohne Bewusstsein dalag. Dies

trat besonders ein, wenn man ihn reizte. Als Chorknabe stürzte er später einmal plötzlich ohnmächtig am Altar nieder. Er musste nach Hause geführt werden, woselbst er einige Stunden schlief und sich dann wieder ganz wohl fühlte. Um diese Zeit erhielt er mit einer Heugabel einen heftigen Schlag gegen die Brust. Er verlor dabei viel Blut und von nun an sollen die Anfälle, an denen er so lange litt, ausgeblieben sein. In der Schule machte er sich wegen seiner Charactereigenthümlichkeit auffällig; er erschien oft aufgeregt und congestionirt. Schliesslich wurde er vom Seminar wegen mangelhafter Intelligenz nach Hause geschickt. Sein Zustand wechselte hier. Er war ruhig und zugänglich, zeitweise aber auch aufgeregt und reizbar und sein Blick unstät und lauernd. Er rief mitunter: „weshalb betrachtet ihr mich so?“ Dabei litt er häufig an Kopfschmerzen, während welcher der Kopf heiss und der Blick getrübt war. —

Bei der gerichtsärztlichen Untersuchung zeigt Angeklagter ein verständiges Benehmen. Sein Urtheil ist klar. Er erkennt selber das Verabscheuungswürdige seiner That an und ist darüber gegen sich so erbittert, dass er durchaus keinen Advocaten annehmen will. Während seines Aufenthaltes im Gefängniss hat er ein freundliches und gefügiges Verhalten gezeigt. Er ist niemals unzufrieden oder übler Launen gewesen. — Was war nun das Motiv der That? — Die Sachverständigen nehmen als praedisponirendes Moment den reizbaren Character des Angeklagten an und für die That selber machen sie allein seine Eifersucht (!) verantwortlich. Seit seiner Rückkehr ins Elternhaus hatte er sich nämlich eingebildet, dass er nicht so gern gesehen würde wie die übrigen Geschwister, dass dieselben ihm vorgezogen würden.

Von den Experten wird in diesem Falle Geisteskrankheit in Abrede gestellt, da D. sich seines Verbrechens wohl bewusst ist, sich desselben bis auf die geringsten Details erinnert und er nicht unter der Herrschaft von Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen gestanden. Wenn D. auch einmal die Tochter eines Grafen zu heirathen verlangt habe, so kann dies ein einfacher Scherz gewesen sein. Dies sei noch kein Beweis für Unzurechnungsfähigkeit. — Immerhin wird auch auf die epileptischen Antecedentien Rücksicht zu nehmen sein; denselben darf aber in diesem Falle kein all zu grosser Werth beigemessen werden. Das Gutachten der Experten enthält folgendes Resumé.

1) Der Angeklagte ist nicht geisteskrank.

2) Neben der erblichen Anlage existirt bei D. eine schwach entwickelte Intelligenz und eine ausgesprochene Reizbarkeit, herrührend von einem epileptischen Character.

3) Unter diesen Umständen ist er als verantwortlich für die verbrecherische That zu betrachten. Die Verantwortlichkeit ist jedoch wegen der unter 2) angeführten Einflüsse etwas herabgemindert.

Unmittelbar nach der Fertigstellung des obigen Gutachtens wurde D. plötzlich tobsüchtig erregt. Er wurde aggressiv, hielt unzusammenhängende Reden, stürzte auf einen Wärter mit dem Rufe: „Es lebe die Freiheit.“ Kurz, er benahm sich wie ein wirklicher Irrer.

Dieser Zustand dauerte nicht lange an. Am nächsten Tage fand man D. ruhig und verständig. Er erklärte, dass er so habe handeln müssen aus christlicher Demuth. Nach einigen Tagen ähnlicher Aufregungszustand, weniger heftig, aber von längerer Dauer. D. beklagt sich bei dem Director, dass die Wärter den Grund seiner Gedanken kennen, dass man fortwährend zu ihm mit halblauter Stimme spreche u. s. w. —

Nun erst wird von den Sachverständigen in der That Geisteskrankheit angenommen; eine Simulation halten sie für undenkbar. Auffallender Weise schliessen sie aber damit, dass sie erklären: „D. befindet sich in der Lage eines Menschen der verantwortlich für das von ihm begangene Verbrechen, während der Untersuchung geiteskrank geworden ist.“

Rabow (Berlin).

II. Personalien.

Offene Stellen. 1) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 Mark freie Station. 2) Halle a. Saale, a. II. Volontärarzt, 1050 Mark, freie Station. b. Assistenzarzt an der psychiatr. Klinik, 1500 Mark u. fr. Station. 3) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1200 M., fr. Stat. 4) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) a) Volontairarzt, sofort, 450 + 600 Mark, freie Sation. b) Assistenzarzt, 1500 Mark, möblirte Wohnung, fr. Stat. I. Classe. Heizung. Beleuchtung und Arznei. 5) Grafenberg (Düsseldorf), Volontairarzt sofort; 600 M., fr. Stat. 6) Dalldorf (Berlin) 2 Volontairärzte, baldigst, 600 M. fr Stat. Meldungen an das Curatorium der Irrenanstalt der Stadt Berlin. 7) Bendorf bei Coblenz, Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt, Assistenzarzt, 15. Aug. 1500 M. fr. Stat. 8) Pankow (Dr. Richter's Anstalt), Assistenzarzt; mit 1500 Mark beginnend, fr. Stat. 9) Königslutter (Braunschweig), II. Assistenzarzt, sofort, 1200 M. fr. Stat. 10) Wehnen (Oldenburg), Assistenzarzt, 1. September, 1200—1500 M., fr. Station. 14) Düren, Volontaiarzt, 15. Juli, 600 M., fr. Stat. 11) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Creutzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Gerdauen (Königsberg i. Pr.), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Johannisburg (Gumbinnen), Krossen (Frankfurt a. O.), Königsberg i. Fr. (Coburg), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Marienburg (Hildesheim), Minden (Minden), Münsterberg (Breslau), Osterode (Königsberg), Schönau (Liegitz), Stuhm (Marienwerder), Sprottau (Liegnitz), Worbis (Erfurt), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Bsetzte Stellen. Owinsk, II. Arzt, Herr Dr. Meyer, bisher in Hildburghausen. Marienthal bei Münster i. W., Assistenzarzt, Herr Dr. Heinrich Farwick.

Ehrenbezeugungen. D. Laudahn, Director der städt. Irrenanstalt zu Cöln (Lindenburg) zum Sanitätsrath ernannt.

Ernannt. Geh. Med.-Rath Dr. Nasse, Director der provincialst. Irrenanstalt zu Bonn ist mit Allerhöchster Genehmigung zum ordentlichen Honorar-Professor in der medicinischen Facultät daselbst ernannt worden.

III. Anzeigen.

Tages-Ordnung
für die
Jahres-Versammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte
am 8. und 9. August 1881 in Frankfurt a. M.

1. Bericht des Vorstandes über die Ausführung früherer Vereinsbeschlüsse: Trinkerasyle. — Ueberbürdung der Jugend auf den höheren Schulen. — Referent Nasse-Bonn.
2. Bericht der Commission für die Idiotenfrage. — Referent Kindt-Langenhagen.
3. Vorschläge zur Abänderung der amtlichen Zählkarten für die Irren-Anstalten. — Referent Westphal-Berlin.
4. Angemeldete Vorträge:
   a. **Rieger**-Würzburg: Ueber Craniometrie und ihren Werth für die Psychiatrie.
   b. **Siemens**-Marburg: Ueber die practischen und rechtlichen Verhältnisse bei Entweichung von Geisteskranken aus den Anstalten.
   c. **Brosius**-Bendorf: Ueber offene Kuranstalten.
   d. **Schuchard**-Andernach: Epileptiforme Anfälle bei Magenerkrankung.
   e. **Schwaab**-Werneck: Die geisteskranken Invaliden des Krieges 1870/71.
   f. **Ripping**-Düren: Ueber die Beziehungen der sogenannten Frauenkrankheiten zu den Geistesstörungen der Frauen.
   g. **Westphal**-Berlin: Einiges zur allgemeinen Paralyse.
   h. **Gnauck**-Berlin: Ueber die Entwicklung der Geisteskrankheit aus Epilepsie.
5. Geschäftliche Mittheilungen und Wahl von zwei Vorstandsmitgliedern an die Stelle der statutenmässig ausscheidenden Herren Nasse und Westphal.

Die Versammlung wird Montags den 8. August, Nachmittags 4 Uhr, in dem Bibliotheks-Gebäude des Senkenberg'schen Instituts (Eschenheimer Gasse) eröffnet, und die Berathungen werden am Vormittag des 9. August fortgesetzt werden.

Am Abend des 8. August wird ein gemeinsames Essen im **Hôtel l'Union**, Steinweg 9, beabsichtigt. Dieser Gasthof wird den Vereinsmitgliedern zur geselligen Vereinigung vorgeschlagen. Der Besitzer, Herr Colloseus wird auf vorherige Anmeldung auch Wohnungen bereit halten. Uebrigens hat auch der in Frankfurt a. M. anlässlich der dort stattfindenden Patent-Ausstellung gebildete Wohnungs-Ausschuss (Vorsitzender Herr Carl Ludwig Schaefer, Götheplatz 5) seine Bereitwilligkeit zur Beschaffung von Wohnungen auf vorherige Anmeldung freundlichst erklärt.

Der Vorstand des Vereins deutscher Irrenärzte.
Laehr, Nasse, von Rinecker, Westphal, Zinn.

Berichtigungen

zum Referate über den Artikel von **Laskiewicz:** *Ueber Behandlung der Epilepsie.* (Centralblatt Nro. 6 vom 15. März 1881. S. 137.)

S. 138, 1. Z. v. ob. statt Manie, soll sein: Tobsucht. S. 138, 2. Z. v. ob. soll sein: Blödsinn; oder es tritt die Epilepsie mit Geistesstörung zugleich auf, alslarvirte Epilepsie, epilept... S. 138, 12. Z. v. ob. statt Unregelmässigkeit soll heissen: Abnormitäten. S. 138, 18. Z. v. unt. statt Periode soll sein: Menstruation. S. 138, 4. Z. v. unt. statt: leidenschaftliche soll sein: geschlechtliche. S. 139, 21. Z. v. ob. soll sein: Krämpfe unmitelbar nach. S. 139, 6. Z. v. unt. soll sein: 4—6,6 mgr. S. 140, 4. Z. v. ob. statt: sofort soll sein: manchmal. S. 140, 11. Z. v. ob. soll ausgelassen werden: Geisteskranken. S. 139, 9. Z. v. ob. statt: Manie soll sein: Tobsucht. (Auf *wiederholten* Wunsch des Herrn Laskiewicz haben wir diese *vollständig überflüssige* Berichtigung aufgenommen. D. Red.)

In dem Referate Nro. 362. (Holst): Ueber das Verhältnis sder Hysterie etc. pag. 325 3. Z. v. ob. muss es heissen: Der Hysterie... eine Erkrankung 8. Z. v. un. muss es heissen: Allgemeine Nervosität statt Alle gemeine Nervosität.

Coblenz, Druck von Ph. Werle (Entenpfuhl 12).

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. 15. August 1881. Nro. 16.

INHALT.

I. Originalien.

Internationaler medicinischer Congress zu London.

Orginal-Bericht von
Dr. R. H. PIERSON (Dresden).*)

I. Physiologische Section.

Vorsitzender: Prof. Foster (Cambridge). Discussion über die *Hirnlocalisation,* eröffnet durch Prof. Goltz (Strassburg). Der Vortragende gibt zunächst einen Ueberblick über die bisherigen Metho-

*) Da sämmtliche Sectionen gleichzeitig tagen, ist es mir unmöglich gewesen, das neurologische Material, welches sich auf mehrere Sectionen vertheilt, vollständig zu sammeln. Ich habe es jedoch ermöglicht, den wichtigsten Verhandlungen beizuwohnen und hoffe, dieselben thunlichst genau wiedergegeben zu haben.

den der Erforschung der Hirnfunctionen, als solche konnte die Methode der *Reizung* welche zuerst von Fritsch und Hitzig eingeschlagen wurde, nicht genügen, sondern diese Autoren wendeten sofort die Methode der *Zerstörung* derjenigen Theile an, durch deren Reizung sie die bekannten Bewegungserscheinungen ausgelöst hatten. Sie kamen auf diese Weise zur Abgrenzung einer erregbaren und einer unerregbaren Zone. Der erste Einwand, welcher gegen diese Versuche erhoben wurde, war der, dass man behauptete, die fraglichen Bewegungen könnten durch Stromschleifen hervorgerufen sein. Noch schwerwiegender aber erschien die Thatsache, dass die anfänglich beobachteten sogenannten Ausfallserscheinungen nach kurzer Zeit wieder verschwanden und die Thiere ihre Motilität in vollem Umfange wieder erlangten. Hitzig erklärte dies durch die Annahme einer anatomischen Restitution der zerstörten Theile. Diese Hypothese weist Goltz als thatsächlich falsch zurück; er behauptet vielmehr, dass nach solchen Zerstörungsversuchen eine tiefgreifende Atrophie anderer Hirntheile eintrete. Munk sucht die Sache in der Weise zu deuten, dass er annahm, jedes „Centrum“ sei von einer Rindenpartie umgeben, welche für gewöhnlich nicht benutzt würde, wohl aber nach Zerstörung des gewöhnlich functionirenden Centrums dessen Functionen übernehmen könne. Auch diese Theorie erklärte Goltz als mit dem Begriffe einer Localisation unvereinbar und irrthümlich. Goltz beschreibt nun seine eigene Methode, welche bekanntlich in der *Ausspülung* grösserer Hirnpartien mittels eines kräftigen Wasserstrahls besteht. Er erzielt damit mehr oder weniger intensive Störungen der Intelligenz und gewöhnlich Hemiplegie, die jedoch nach und nach verschwand. Ausserdem beobachtete er Erblindung des contralateralen Auges. Jedoch lernen die Thiere allmählig wieder sehen, sind aber nicht im Stande das Gesehene zu verstehen, es ist das also derjenige Zustand, welchen Munk später als Seelenblindheit beschrieb, der aber schon früher von Goltz beobachtet worden war. Aehnliche Störungen finden sich nun auch in den andern Sinnesorganen; die Thiere fressen z. B. Hundefleisch, was sie vorher niemals gethan hätten; sie reagiren nicht mehr so energisch auf Chloroformdämpfe und Tabackrauch u. dgl.

In neuester Zeit hat Goltz die Ausspülungsmethode verlassen und wendet statt deren eine Bohrmaschine an, mittelst derer er die grössten Rindenpartien ohne anderweitige Verletzung entfernen kann. Abtragung der Rinde der breiten vorderen Lappen ergab nun auffallenderweise nichts weiter als eine gewisse Abstumpfung der Motilität und Sensibilität, sowie eine unverkennbare Abschwächung der Intelligenz (Stumpfsinn). Erst bei tiefgreifender Zerstörung trat Hemiplegie ein, die jedoch nicht von Dauer war. Nach Abtragung der Rinde beider Hinterlappen trat vorübergehende Erblindung ein, späterhin nur eine gewisse Herabsetzung des Sehvermögens, die Goltz als *Hirnschwäche* bezeichnet. Ausserdem bleibt eine gewisse Plumpheit der Bewegungen, geringe Sensibilitätsstörung und die bereits erwähnten Störungen der übrigen Sinnesorgane zurück. *Einseitige* Zerstörung der gesammten Hirnoberfläche auf der Convexität hat keinerlei auffallende Gehstörung zur Folge; erst

nach Monaten bemerkt man ein gewisses Ausgleiten auf der einen (gekreuzten) Seite.

Nach ausgedehnter doppelseitiger Rindenverletzung tritt eine tiefgreifende Atrophie des gesammten Gehirns ein. Der Vortragende zeigt ein solches Gehirn vor, welches nach der Härtung in Chromsäure nur 73 Gramm wiegt, während das Gehirn eines gesunden Thieres von derselben Grösse 90 Gramm wiegt; dieses Thier war ein Jahr nach der Operation getödtet worden. Ein anderes in derselben Weise operirtes Thier hat der Vortragende von Strassburg zur Demonstration mitgebracht. Er hat an demselben die gesammte Rinde der convexen Oberfläche mit Ausnahme eines kleinen Theiles der Stirnlappen und vielleicht einer geringen Menge der Hinterlappen zerstört und zwar wurde diese Zerstörung in 5 Operationen vorgenommen deren letzte am 25. Mai d. J. stattfand.

Dieses Thier bietet nun nach der Darstellung von Goltz folgende Erscheinungen dar: die Motilität ist in der Hauptsache normal nur sind die Bewegungen etwas plump. Störungen der Sensibilität und der Sinnesfunctionen sind bei oberflächlicher Beobachtung nicht vorhanden. Dagegen ist das Thier tief blödsinnig, eine „wandelnde Reflexmaschine". Es ist nicht im Stande, die ihm durch die Sinnesorgane zugeführten Eindrücke irgendwie zu verwerthen. Es folgt nicht dem Rufe seines Herrn, obwohl es denselben hört; es ist nicht im Stande den Ausgang aus irgend einer Verlegenheit zu finden; wenn man z. B. ein niedriges Holzgitter anbringt, weiss es nicht, wie es darüber hinweg kommen soll, gleichwohl kann es sich in seinem Käfig auf den Hinterfüssen aufrichten. Ein geringer Grad von Intelligenz ist noch da; das Thier kennt z. B. seinen Herrn ganz gut. Es reagirt nicht auf Bedrohungen mit der Faust oder Peitsche, es schreckt vor einem vorgehaltenen Licht nicht zurück, es gibt kein Zeichen der Furcht, wenn mit der Peitsche geknallt wird. Dagegen scheint es manche Dinge für Hindernisse zu halten, die es nicht sind, so z. B. die Grenze zwischen hell und dunkel; es geht um ein auf seinem Wege ausgebreitetes, aus einem weissen und einem schwarzen Streifen bestehendes Stück Tuch herum und vermeidet es, darüber hinweg zu schreiten. u. drgl.

Goltz schliesst also aus seinen Versuchen, dass eine Localisation der Hirnfunctionen im Sinne von Fritsch und Hitzig, Ferrier, Munk u. A. nicht existirt, und dass auch die klinischen Beobachtungen, welche zur Begründung der Localisationslehre, vorgebracht worden sind, anderweitig erklärt werden können.

Prof. Ferrier (London) erwidert auf die vorstehenden Bemerkungen von Prof. Goltz etwa Folgendes: Es liege ihm fern, die von einem so hervorragenden Forscher vorgebrachten Thatsachen irgend wie in Zweifel zu ziehen. Dagegen müsse er die aus denselben gezogenen Schlussfolgerungen entschieden bestreiten. Schon früher habe er wiederholt die Nothwendigkeit hervorgehoben, in der Uebertragung der an niedern Thieren gefundenen Erscheinungen auf höherstehende Thiere und auf den Menschen in höchstem Grade ersichtig zu sein. Fs gehe nicht an, dass man auf Grund von Experimenten, die an *einer* Klasse von Thieren gemacht seien,

eine Hypothese aufstelle, die mit ebenso genauen Versuchen an einer andern Thierspecies in unvereinbarem Widerspruche stehen. Dies sei aber bezüglich der Theorie von Goltz, die auf Versuchen an Hunden beruhe, der Fall, während Ferrier's eigene Erklärung nicht nur mit seinen, an Affen angestellten Experimenten, sondern auch mit den Versuchen von Goltz vollkommen im Einklang sei. Wenn Goltz behauptet, dass Hunde nach ausgebreiteter Zerstörung ihrer Hirnrinde in ihren psychischen Functionen hochgradig alterirt werden, ohne jedoch in ihrer motorischen und sensiblen Sphäre wesentlich zu leiden, so steht er im Ganzen auf dem Standpunkt von Flourens. Indessen gebe Goltz doch soviel zu, dass die Hinterlappen in einem gewissen Zusammenhange stehen mit dem Sehvermögen, die vordern mit der Motilität. Ferrier betrachtet dies als ein bedeutsames Zugeständniss zu Gunsten der Localisationslehre. Die Annahme, dass ein derartig verstümmeltes Thier mit dem kleinen Rest von Hirnrinde die verschiedenen Functionen der Motilität, Sensibilität und Sinnesthätigkeit zu versehen vermögen, sei rein willkührlich und durch nichts bewiesen. Es sei hinlänglich bekannt, wie geringfügig die Folgen der Entfernung der gesammten Grosshirnhemisphären von Fröschen, Tauben und andern niedern Thieren bezüglich ihrer Locomotion und Sinnesfunctionen sind; Goltz habe nun mehr gezeigt, dass auch der Hund nach Abtragung eines grossen Theiles seiner Hirnrinde noch sehr viel leisten könne. Es sei dies lediglich auf die bei den tieferstehenden Thiere viel mehr, als bei den höhern Thieren entwickelte Thätigkeit der basalen und spinalen Centren zurückzuführen. Je höher die Organisation der Thiere steht, desto ausgebildeter ist die Thätigkeit der Grosshirnhemisphären in der motorischen und sensorischen Sphäre; aus diesem Grunde ruft die Abtragung der Rindensubstanz bei Fröschen, Tauben und Kaninchen nur geringe und vorübergehende Lähmung hervor, während sie bei den Affen und beim Menschen permanent ist.

Man habe gegen Ferrier's Experimente eingewendet, dass er seine Versuchsthiere nicht lange genug beobachtet habe, um die vorübergehenden Wirkungen der Operation von den bleibenden Folgen der Abtragung eines bestimmten Rindenbezirks zu unterscheiden. Dieser Einwand sei namentlich im Hinblick auf die Restitutionsfrage nicht unbegründet. Die Localisation selbst wird davon nicht berührt, indem bestimmte Läsionen immer von ganz bestimmten, wenn auch möglicherweise vorübergehenden Erscheinungen begleitet sind. Auch kam es dem Vortragenden früher hauptsächlich darauf an, die anatomische Ausdehnung der Läsion zu bestimmen, bevor dieselbe durch secundäre Encephalitis verändert war.

Durch Benutzung der antiseptischen Methode ist nun Ferrier, in Verbindung mit Prof. Gerald-Yeo, in die Lage gekommen, diese störenden Reactionserscheinungen vollständig zu vermeiden, seine Läsionen auf das Genaueste abzugrenzen und die Thiere lange Zeit am Leben zu erhalten. Einige der so erzielten Resultate sind folgende.

Im October v. J. wurde an einem Affen eine Läsion im Umfange eines Centimeters in der Mitte der beiden Centralwindungen ausgeführt, wo sich das Centrum für die Flexion des Vorderarms und Schliessung der Hand (Faustbildung) befindet. Die Ausdehnung der Verletzung im Flächendurchmesser ist aus einer beigefügten Photographie, der Dickendurchmesser an vorgelegten mikroskopischen Schnitten ersichtlich. Das Thier starb nach 2 Monaten. Es zeigte sich während des Lebens eine Lähmung der Flexoren des Vorderarms und es konnte die Hand nicht mehr schliessen. Im übrigen war es vollkommen normal.

An einem andern Affen wurde ein Theil der Hirnrinde an dem obern Ende der Rolando'schen Spalte entfernt. Dieses Thier erlitt eine fast vollständige Lähmung des rechten Beines, ausserdem waren in den ersten Tagen Zuckungen im rechten Arm vorhanden. Alle andern Bewegungen waren intact. Nach und nach besserte sich die Beweglichkeit des Beines im Hüftgelenk, dagegen verschlechterte sich die Motilität des Fusses. Es bildete sich nach 6 Monaten eine Contractur mit Equino-Varus-Stellung des Fusses, Spannung in den Wadenmuskeln und Steigerung des rechtseitigen Patellar-Sehnenreflexes. Das Thier wurde 8 Monate nach der Operation getödtet. Die mikroskopische Untersuchung zeigte deutliche secundäre Degeneration von der Hirnrinde ausgehend und bis zum Lendentheil des Rückenmarks sich ausdehnend.

Prof. Ferrier geht nunmehr zur Beschreibung des Zustandes eines Thieres über, welches er bis jetzt am Leben erhalten hat und der Versammlung vorstellen will. An diesem Affen wurden *beide Centralwindungen und die angrenzenden Theile der drei Frontalwindungen der linken Hemisphäre* durch Cauterisation vor sieben Monaten zerstört. Ob das Paracentralläppchen mit zerstört wurde, lässt sich nicht genau feststellen. Das Resultat dieser Operation war vollständige *rechtsseitige Hemiplegie.* Ausserdem war anfangs conjugirte Deviation der Augen und des Kopfes nach der linken Seite, sowie rechtsseitige Facialislähmung vorhanden, die aber bald verschwand. Die Lähmung des Beines hat sich etwas gebessert ist aber immer noch sehr deutlich. Der Vorderarm wird gewöhnlich in Flexion gehalten, die Finger sind in Flexionsstellung an die Volarfläche gepresst, der Daumen eingeschlagen. Nur bei lebhaften Bewegungen der linken Hand zeigen sich Mitbewegungen der rechten. Der Patellarreflex rechts ist gesteigert, die oberflächlichen Reflexe herabgesetzt, grade wie beim Menschen. Die Sensibilität ist vollkommen intact, überhaupt das Thier durchaus normal in jeder andern Beziehung.

Der Vortragende zeigt hierauf das Gehirn eines Thieres, dem *beide Hinterlappen* und *beide Gyri angulares* zerstört worden. Dieser Affe wurde *vollständig blind*, während alle übrigen Functionen normal blieben. Die Pupillen waren stark erweitert und fast reactionslos, die Papillen blass und anämisch. Das Thier lebte 11 Monate und es war in dieser Zeit nicht die geringste Besserung eingetreten.

An einem andern Affen wurden vor 6 Wochen beide *obere*

Temporalwindungen zerstört, woselbst nach Ferrier sich das Hörcentrum befindet. Dieses Thier ist vollständig *taub* und wird ebenfalls demonstrirt werden. Ein Affe, an welchem der von Munk als Hörsphäre bezeichnete Theil des Schläfenlappens zerstört wurde, gab dagegen die unverkennbarsten Zeichen davon, dass sein Hörvermögen vollkommen erhalten war.

Es starb 3 Wochen nach der Operation, sein Gehirn mit der angegebenen Läsion wird vorgezeigt.

Prof. Ferrier schliesst seine Auseinandersetzungen mit dem Bemerken, dass die von ihm vorgebrachten Thatsachen seine früheren Behauptungen durchaus aufrecht erhielten und bestätigen und dass dieselben nur durch die Annahme einer bestimmten Localisation der Hirnfunctionen in bestimmten Rindenbezirken zu erklären seien.

Die an demselben Tage vorgenommene *Demonstration* des Hundes von Prof. Goltz und der beiden Affen von Prof. Ferrier hatte eine grosse Anzahl der hervorragendsten Forscher in King's Colleg versammelt. Ich nenne nur folgende: Virchow, Donders, Charcot, Brown-Séquard, Panum, Chauveau, Tamburini, Foster, Rutherford, Huxley, Preyer, Bastian, Carpenter etc. Der Hund von Goltz bot in der Hauptsache die angegebenen Erscheinungen dar, doch war entschieden der Gang unsicher, namentlich die Hinterbeine schwach und etwas ataktisch, auch schien das Sehvermögen nicht ganz normal zu sein. Der Affe mit der Läsion in der motorischen Region zeigte das vollständige Bild eines Hemiplegikers mit beginnender secundärer Degeneration. Der andere Affe gab bei Abfeurung einer Zimmerpistole (das Experiment wurde mehrmals wiederholt) nicht das geringste Zeichen von Furcht oder Staunen, während der hemiplegische Affe auf das Lebhafteste reagirte.

Die Thiere sollen auf Wunsch der Versammlung noch vor Schluss des Congresses getödtet, und die Gehirne vorgezeigt werden. Ich werde alsdann den Sectionsbefund mittheilen.

Nach der Demonstration bemerkte Prof. Panum (Copenhagen), dass er einige der von Munk operirten Thiere gesehen habe.

Er erinnere sich namentlich auf eines, das 6 Monate nach der Abtragung der Hinterlappen blind, sonst aber ganz normal gewesen sei.

Prof. Yeo (London) erwiderte hierauf, dass auch er die Munk'schen Thiere gesehen habe. Munk's Versuche seien verhältnissmässig roh, er habe stets ausgebreitete secundäre Entzündungen bekommen, während Ferrier's Verletzungen ganz genau localisirt seien. Der Hund von Goltz zeige deutliche Motilitätsstörungen und sei auch keineswegs so unintelligent, da er schon nach 2 tägigem Aufenthalt in dem Londoner Laboratorium den Wärter ganz gut kenne. Uebrigens wolle er die Richtigkeit der Goltz'schen Versuche durchaus nicht bestreiten, beanspruche aber für seine und Ferrier's Versuche dieselbe Anerkennung.

Zum Schlusse erklärt Prof. Goltz, dass er über die Verhältnisse beim Affen sich jeden Urtheils enthalte, da er nur an Hunden operirt habe. Er gebe zu, dass beim Affen eine Localisation der

Hirnfunctionen existire, bei Hunden sei das aber entschieden nicht der Fall.

II. Medicinische Section.

Dr. Langenbuch (Berlin) berichtet über seine bekannten Erfolge der *Nervendehnung bei Tabes dorsalis.* Er erklärt die Tabes für eine Krankheit, welche von den peripheren Nerven ausgehe und allmählig zu einer centralen Affection sich ausbilde. Durch rechtzeitige Nervendehnung könne das Centralwerden des Processes verhütet werden.

Prof. Brown-Séquard (Paris) erwähnt seine Thierversuche, die er zur Aufklärung der Wirkung der Nervendehnung vorgenommen habe und spricht sich im Ganzen zu Gunsten der Operation aus.

Prof. Erb (Leipzig) ist der Ansicht, dass die von Langenbuch gegebene Auffassung der Tabes zwar sehr einfach sei, aber keineswegs zur Erklärung der klinischen Erscheinungen ausreiche. Gegen Langenbuch's Erfolge wolle er nichts einwenden, indessen halte er doch eine gewisse Vorsicht für angemessen.

Prof. Benedikt (Wien) hat ebenfalls sehr günstige Resultate mit der Nervendehnung erzielt; er meint, dass man sich durch theoretische Bedenken von der Anwendung derselben nicht abhalten lassen soll. Uebrigens betrachtet er die Operation als einen ganz harmlosen Eingriff, den jeder Neuropathologe selbst vornehmen könne. (? Ref.)

Dr. Müller (Graz) erkennt an, dass wir in der Nervendehnung ein bisher unübertroffenes symptomatisches Mittel besitzen, dagegen glaube er, dass man von Heilungen bis jetzt noch nicht sprechen könne. Im übrigen halte er die Operation selbst durchaus nicht für so harmlos, wie sie von gewisser Seite dargestellt werde; er habe selbst schon Erfahrungen in dieser Richtung gesammelt und er könne die Nervendehnung nur dann anrathen, wenn man alle Hülfsmittel der modernen Chirurgie und einen geübten Operateur zur Verfügung habe.

III. Syphilis und Tabes.

Prof. Erb bezieht sich auf seine letzte Publication über diesen Gegenstand in dem Centralblatt für die med. Wissenschaften (1881, Nr. 11 u. 12). Er fand damals:

	Fälle *ohne* frühere Infection . . .	12%
	Fälle *mit* früherer Infection . . .	88%
Unter diesen:	Fälle *mit* secundärer Lues . . .	59%
„ „	Fälle *ohne* secundärer Lues . .	29%

Seit dieser Publication bis zum 1. Juni d. J. hat Erb 13 weitere Fälle von Tabes beobachtet, wovon nur *einer ohne* frühere Infection war; von den übrigen 12 hatten 8 secundäre Syphilis, 4 nur Schanker.

Die Untersuchung von 500 *nicht* an Tabes leidenden bezüglich früherer Syphilis ergab dagegen:

77% niemals inficirt.
12% mit früherer secundärer Lues.
11% mit Schanker ohne secundäre Lues.

Der Vortragende glaubt, dass diese Zahlen jeden Commentar überflüssig machen. Seine Erfahrungen drängen ihn mehr und mehr zur Annahme der unitarischen Auffassung der Syphilis. Sollte dieselbe sich als richtig erweisen, so würde in nicht weniger als 90% aller Fälle Syphilis als eines der ätiologischen Momente zu betrachten sein.

Nachdem Dr. Althaus (London) und Prof. Gairdner (Glasgow) einige der schon von Erb anticipirten Einwände vorgebracht und Gairdner die Wichtigkeit der unitarischen Lehre für die Erb'sche Behauptung hervorgehoben, ergreift das Wort:

Prof. Lancéraux (Paris). Er erklärt die statistische Methode von Erb für durchaus unzureichend und glaubt, dass man sich bei der Entscheidung dieser Frage vor Allem auf den anatomischen Befund stützen müsse. Wenn man blos nach der Anamnese gehen wolle so würde man schliesslich dahin kommen, die allergewöhnlichsten Krankheiten, wie z. B. den Typhus abdominalis, als durch Syphilis bedingt zu betrachten, denn man würde auch bei einer grossen Zahl von Typhuskranken frühere luetische Infection nachweisen können. Das charakteristische der Syphilis liege nicht in den klinischen Symptomen, sondern in der anatomischen Läsion. Dieselbe kennzeichnet sich dadurch, dass sie sich in dem Bindegewebsstroma der Organe in circumscripter Form entwickle und die Tendenz habe zu Substanzverlust und Narbenbildung zu führen. Er führt als Beispiele die circumscripte syphilitische Erkrankung der Leber, der Lunge, der Niere an. Auch im centralen Nervensystem beobachte man bei Syphilis circumscripte Läsionen. Dagegen seien die functionellen Affectionen des Rückenmarks bei Syphilis sehr selten. Die Tabes sei aber eine Systemerkrankung, die das Rückenmark in seiner ganzen Ausdehnung ergreife, also gerade das Gegentheil von dem was wir bei Lues finden, dass trotzdem bei Syphilitischen Tabes häufig vorkomme, sei ganz erklärlich, da dies eben Leute sind, welche früher viel in venere excedirt oder auch sonstigen Schädlichkeiten (Strapatzen, Erkältungen u. dgl.), die erfahrungsgemäss zu Tabes disponniren, sich ausgesetzt haben. Wo so viel schädliche Momente concurriren sei es unmöglich, zu bestimmen, welchen der Hauptantheil an der Krankheit gebühre.

Dr. Zambaco (Constantinopel) bemerkt, dass er Herrn Lancéraux in sofern nicht ganz beistimmen könne, als er in 3 Fällen functionelle Störungen des Rückenmarks beobachtet habe, die durch geeignete Behandlung beseitigt worden seien.

Prof. Rosenstein (Leiden) entgegnete Herrn Lancéraux, dass er die statistische Methode für sehr geeignet zur Untersuchung des vorliegenden Gegenstandes halte, vorausgesetzt, dass die Statistik sorgfältig und gewissenhaft gemacht sei, wie das bei Erb der Fall ist. Diffuse Erkrankungen der verschiedensten Organe seien durchaus nicht selten bei Syphilis.

Prof. Erb: Er habe erwartet, dass er auch hier lebhafte Opposition gegen seine Ansicht finden werde, was ihn aber durchaus nicht wundert, da er ja selbst noch vor 3 Jahren Gegner dieser Ansicht gewesen sei. Gegen Herrn Lancéraux bemerkt er, dass demselben

genau bekannt ist, wie oft man diffuse Meningitis, Arteriitis, Sklerosen bei Syphilitischen finde. Im Uebrigen wisse man noch gar nicht, ob die Tabes eine Bindegewebs- oder eine Parenchymerkrankung ist; er hält seine Zahlen durchaus nicht für endgültig beweisend, könne auch keinen Aufschluss darüber geben, wie der Zusammenhang zwischen Tabes und Lues zu deuten sei; er glaube aber dass die Wichtigkeit des Gegenstandes eine genaue Erforschung desselben erfordere und wolle nur die Aufmerksamkeit der Collegen darauf lenken, indem er überzeugt ist, dass bei sorgfältiger Beobachtung auch seine heftigsten Gegner sich zu seiner Ansicht bekehren würden.

IV. Ueber Localisation von Hirn- und Rückenmarkskrankheiten.

Prof. Brown-Séquard (Paris) gibt eine Darlegung seiner bekannten, vielfach veröffentlichten Anschauungen, im Wesentlichen gegen die Localisationslehre, wenigstens in Betreff des Grosshirns. Er erkennt jedoch neuerdings eine Beziehung zwischen Aphasie und der dritten Stirnwindung und Insel und ferner zwischen der Jackson'schen Epilepsie und gewissen Hirnwindungen; zwischen den Monoplegien der Extremitäten und bestimmten Windungen, zwischen Hemianästhesie und dem hinteren Abschnitt der inneren Kapsel u. dgl. mehr. Er bezieht sich ferner auf gewisse Thierexperimente, welche ihm gegen die Localisationstheorie zu sprechen scheinen.

Einer Aufforderung des Präsidenten Sir William Gull, folgend, ergreift das Wort

Prof. Charcot (Paris): Er erklärt, auf die Ergebnisse der Thierversuche nicht eingehen zu können, da ihm darin die eigene Erfahrung fehle; er könne nur als Kliniker sprechen und müsse sagen, dass in dieser Hinsicht für ihn nicht der geringste Zweifel an der Richtigkeit der Localisationslehre bestehe. Die Uebereinstimmung der klinischen Erscheinungen mit den Obductionsbefunden sei so prägnant, dass man zu der Annahme dieser Theorie gezwungen sei.

V. Pathologische Section.

Prof. Pierret (Lyons) über *Tabes dorsalis.* Der Vortragende stellt der Lateralsklerose, welche er als Systemerkrankung der *motorischen* Bahnen des Rückenmarks bezeichnet die Tabes als eine systematische, chronische Entzündung in den sensorischen Bahnen gegenüber. Die Krankheit soll anatomisch durch entzündliche Veränderungen sich darstellen, welche ihren Sitz hauptsächlich an 2 Punkten habe:

1) In den peripheren receptiven Organen (Netzhaut, Hörnerv).

2) In den Bahnen und sensorischen Ganglien für primäre und secundäre Reflexthätigkeit, welche sich im ganzen Gebiete des Cerebrospinalsystems finden. Die krankhaften Veränderungen beginnen gewöhnlich an räumlich getrennten Herden.

Die klinischen Erscheinungen fasste Pierret in folgenden Sätzen zusammen:

a. Die wesentlichen diagnostischen Erscheinungen bestehen in verschiedenen Störungen der Sensibilität. Die Vorstellungssphäre kann in einer besondern Weise afficirt sein.

b. In Folge der innigen Beziehungen, welche zwischen den motorischen und sensiblen Bahnen bestehen, tritt sehr bald eine

ganze Reihe von motorischen Functionsstörungen im Gefolge der sensiblen Störungen auf. Wir finden vollständige Lähmung, wahre Hemiplegie, Paralyse einzelner Muskelgruppen, Parese, noch häufiger einfache motorische Insufficienz. Verschiedene Störungen machen sich in den organischen Muskeln bemerklich.

Ferner werden, wenn auch seltner, gleichzeitig spasmodische Erscheinungen wahrgenommen. Diese beruhen auf einer von den Seitensträngen ausgehenden Sklerose. Die ataktischen Symptome sind durch diese verschiedenen Störungen der motorischen Kraft bedingt.

Schliesslich erklären sich nach Pierret die sämmtlichen Erscheinungen von Seiten des Gefässsystems durch die Existenz eines vollständigen vasomotorischen Systems, welches zwischen den motorischen und sensiblen Bahnen liege und vom Rückenmark durch Vermittlung der fasciculi graciles in die Medulla oblongata übergehen sollen.

Dr. Broadbent (London) erklärt seine höchste Befriedigung über die ingenieuse Theorie des Prof. Pierret und glaubt, dass dieselbe die klinischen Erscheinungen der Tabes in sehr lichtvoller Weise erkläre.

Dr. Buzzard (London) spricht sich in ähnlichem Sinne aus. Er hebt hervor, dass gewisse sensible Erscheinungen, wie z. B. die gastrischen Krisen, der Ataxie lange vorausgehen und sehr leicht zu falschen Diagnosen führen können. Als Beispiel für die Richtigkeit der Pierret'schen Theorie bemerkt Buzzard, dass er wiederholt als ein frühzeitiges Symptom von Tabes ein plötzliches Nachgeben der Beine, sodass die Kranken in den Knien zusammensinken, beobachtet habe; diese motorische Störung sei alsdann durch vorhergehende Schmerzen in den Beinen ausgelöst worden. Auch glaubt er, dass manche Fälle von sogenannter „nervöser Taubheit" auf einer tabischen Erkrankung des Hörnerven nach Analogie der häufigeren Erkrankung des Opticus beruhe.

Dr. Hallopeau (Paris) äussert sich in ähnlicher Weise.

Prof. Erb (Leipzig): Wenn die von Herrn Pierret zu Gunsten seiner Theorie vorgebrachten Behauptungen bewiesen wären, so würde diese Auffassung der Tabes sehr annehmbar sein. So lange das aber nicht der Fall ist, muss man diese Theorie für verfrüht erklären. Hemiplegie komme bei Tabes höchst selten vor, ebenso gehöre die totale Paraplegie zu den spätern Erscheinungen der Tabes, und man dürfe zur Erklärung einer so ungemein schwierigen Affection wie die Tabes nicht die finalen, secundären Symptome herbeiziehen, sondern man müsse sich an die Anfangsstadien halten. Erb glaubt, dass wir die Tabes noch lange Zeit und sehr genau studiren, müssen ehe wir an eine befriedigende Theorie derselben denken können und jedenfalls sei die Ansicht von Pierret vorläufig noch nicht annehmbar.

Dr. Dreschfeld (Manchester). Demonstration von Präparaten aus dem Rückenmark einer an *primärer Seitenstrangsklerose* gestorbenen Patientin. Der Fall ist von dem Vortragenden und Dr. Morgan bereits beschrieben und im Centralbl. für Nervenheilkunde referirt worden. Die Präparate bestätigen die Diagnose vollständig.

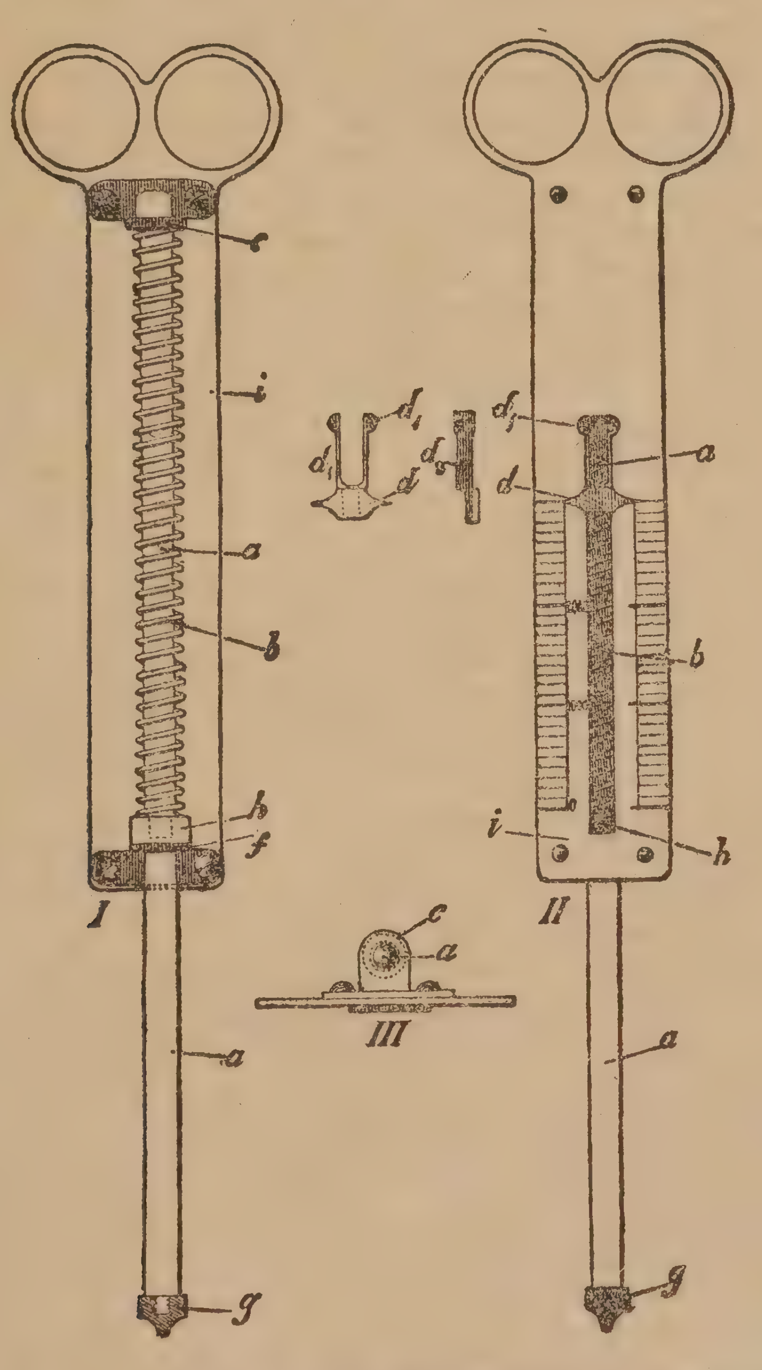
(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

386) **Buch** (Helsingfors): Ein neuer Baralgesimeter.

(Illustr. Vierteljahrschrift f. ärztl. Polytechnik 1881. 2.)

Da die gewöhnliche Bestimmung der Sensibilitätsverhältnisse der Haut mit den für diesen Zweck bisher im Gebrauche stehenden Instrumenten stets sehr unbefriedigende Resultate lieferte, construirte Dr. Buch, der sich während zweier Jahre mit einer Arbeit über Sensibilität der Haut beschäftigte, einen neuen Baralgesimeter, vermittelst dessen die vorhandenen Hautfehlerquellen beseitigt werden konnten. Als grosser Vorzug darf an diesem Instrumente her-



vorgehoben werden, dass es die Druckschmerzmessung an jedem beliebigen Körpertheil erlaubt, wohingegen solches bei den andern

Algesimetern, hauptsächlich bei dem Björnström'schen, geradezu eine Sache der Unmöglichkeit war, weil an den wichtigsten Körpertheilen als: Fusssohle, Handfläche, Fingerspitzen und fast am ganzen Kopfe diese Messungsmethode ausgeschlossen werden musste; zudem trat bei Kindern und Frauen der Umstand oft störend in den Weg, dass schon bei mässigem Fettreichthum die Haut mit dem subcutanen Fettgewebe so fest verwachsen war, dass am ganzen Körper der Versuch eine Falte zu heben, Schmerzen verursachte. Solche Uebelstände beeinträchtigen den Gebrauch und Nutzen des neuen Baralgesimeters nicht, im Gegentheil entspricht er bei grosser Handlichkeit und Billigkeit noch so viele Vorzüge, dass er in passenden Kreisen gewiss eine günstige Aufnahme finden wird.

Beifolgende Figur zeigt das Instrument von vorne, hinten und oben. Der Einsatz *g* kann auf die Stahlstange *a* angeschraubt werden; diese wird an der Stahlstange *i* durch die Ringe *e* und *f* festgehalten und durch eine Erweiterung *h* am Herausgleiten gehindert. Die auf die Stange gezogene Feder *b* wird durch die Erweiterung *h* und den Ring *c* unten und oben beweglich gehalten. Die Stahlplatte *i* hat oben zwei Löcher, durch die man, behufs Haltung des Instrumentes, zwei Finger durchstecken kann. An der Vorderseite zeigt eine Scala an, mit welcher Kraft man die Feder zusammendrückt. Jeder Theilstrich entspricht 100 Grammen Druck. Der Zeiger *d* wird mittelst seiner sehr schwachen Federn *d'* in dem Ausschnitte der Stahlplatte an diese leicht angeklemmt, so dass er auf und ab bewegt werden kann; d_2 zeigt den Zeiger mit seinen Federn von der Seite. Im Ruhezustande muss er oben stehen, damit die Federchen nicht abgeschwächt werden. Vor dem Gebrauch muss er hineingeschoben werden und wird dann beim Zusammendrücken der Feder *b* durch den Vorsprung *h* an der Scala hinaufgeschoben, oder vielmehr bleibt er stehen, während die Scala herabgedrückt wird. Bei aufgehobenem Drucke bleibt der Zeiger auf dem erreichten Scalentheile stehen, wodurch es möglich wird, auch nach dem Gebrauche die erreichte Druckhöhe abzulesen. Beim Gebrauche des Instrumentes muss man stets senkrecht auf die Hautfläche drücken und an kleineren Theilen, am Finger z. B., darauf achten, dass die Haut während des Drückens nicht am Knochen gleitet. Ferner darf selbstverständlich nicht innerhalb zu kurzer Zeit dieselbe Hautstelle untersucht werden. Vermittelst eines Pendels, der 60 Mal in der Minute schwingt, wird man in den Stand gesetzt, genau die Zeit aufzuzeichnen. Vor dieser Berücksichtigung der Zeit erhielt man stets widersprechende Resultate, während sie einheitlich sich gestalteten, als die Fehlerquelle durch Anwendung des Pendels eliminirt wurde.

Das Baralgesimeter kann von Herrn Mechanicus Wessauder, Kyrkogatan Nro. 3 in Helsingfors für 20 Mark mit Verpackung franco bezogen werden. Auf Wunsch übernimmt Verf. gerne die Vermittelung.

---

387) **Paul Cahen:** Ein Fall von spastischer Spinalparalyse (Myelitis chronica dorsalis cum atrophia sclerotica).

(Inaugural Disertation Berlin. Juli 1881).

Der unter dem Namen der spastischen Spinalparalyse bekannt gewordene Symptomencomplex ist in neuerer Zeit häufig Gegenstand eingehender Erörterungen und Discussionen geworden. Es ist bekannt, dass Leyden an seiner bezüglich dieser Frage wiederholt ausgesprochenen Ansicht — gegenüber Charcot und Erb — fest hält, dass es sich hier nicht um eine eigene Krankheitsform handelt, sondern dass das der Lateralsklerose zugeschriebene Krankheitsbild auf diffuse, besonders im Halsmarke etablirte sklerotische (chronisch entzündliche) Myelitis zurückzuführen ist.

Verf. hat mit Fleiss uud Geschick die einschlägige Literatur in übersichtlicher und klarer Weise zusammengestellt und besprochen. Alsdann bringt er die ausführliche Krankengeschichte (mit Sectionsbericht) eines Falles, der einen neuen Beweis liefert, dass die Spinalparalyse mit chronischer Myelitis (Sklerose) des Dorsaltheils zusammenhängt und auch dafür, dass der anatomische Befund nicht als Systemerkrankung und Lateralsklerose aufgefasst werden kann. — Es handelt sich in diesem Falle um einen 42jährigen kräftigen Mann, der vor 7 Jahren ohne greifbare Veranlassung plötzlich bei völlig freiem Bewusstsein auf der Strasse die Gewalt über seine unteren Extremitäten verlor, erst nach einer halben Stunde mühsam durch Vorwärtsschieben der Beine bis an die nächste Wand gelangen konnte, woselbst er, an die Wand gelehnt, eine zweite halbe Stunde ruhig stehen bleiben musste. Alsdann war der Anfall vorüber und Pat. konnte bei völligem Wohlbefinden seinen Weg fortsetzen. Zwei Jahre später verspürte er während einiger Tage Schmerzen im linken Beine die nach einiger Zeit nach einem kalten Bade wiederkehrten, complicirt mit unfreiwilligem Urinabgang. Die Lähmung des Sphincter vesicae schwand nach 8 Tagen, dagegen bemerkte Pat. eine allmählig zunehmende Schwäche der Beine, zu der sich mitunter Gliederzittern und plötzliche Steifheit der untern Extremitäten hinzugesellten. Der unfreiwillige Urinabgang machte später einer Urinverhaltung Platz. Am Himmelfahrtstage v. J. stürzte Pat. unter Uebelbefinden und Schmerzen, sowie völliger Steifheit und Unbeweglichkeit in den Beinen zu Boden, und in diesem Zustande wurde er bei ganz klarem Sensorium in die Klinik gebracht. Seine Klagen beziehen sich bei der Aufnahme auf Schmerzen, die quer um das Abdomen bis zum Rücken herumziehen und in die Beine ausstrahlen sowie auf Druck auf die Blase. An den oberen Extremitäten weder trophische, noch motorische noch sensible Störungen. Bewegungen im Genick normal. Wegen Steifigkeit der Beine kann sich Pat. im Bette nicht aufrichten. Dieselben befinden sich in nicht ganz gestreckter, stark adducirter Stellung. Ernährung der Muskulatur normal. Die Extensoren am Oberschenkel erscheinen von normalem Tonus während die Flexoren und die Adductoren sich hart anfühlen. Auch die Gastrocnemii fühlen sich etwas hart

an. Im Hüft-, Knie- und Fussgelenk kann Pat. keine Bewegungen ausführen, nur die Zehen können ein wenig bewegt werden. Bei passiven Bewegungen tritt eine enorme Rigidität der Muskulatur der Unter-Extremitäten hervor, nur mit grosser Gewalt können Flexion, Extension, sowie Abduction ermöglicht werden; die Extremität bleibt sodann in der ihr gegebenen Stellung, ohne dass Pat. die frühere Lage des Beines wiederherzustellen vermag. Von Zeit zu Zeit tritt Zittern in den Beinen ein, welches bis $1/2$ Stunde andauert, zuweilen wird auch eine Extremität plötzlich emporgeschnellt. Objectiv keine nachweisbare Herabsetzung der Sensibilität. Auf Percussion der Muskulatur erfolgen ziemlich starke Contractionen, Cremaster-Reflex nicht vorhanden, Patellar-Reflex scheinbar etwas vermehrt, Percussion der untern Brustwirbel, sowie der Lendenwirbel schmerzhaft.

Die Diagnose schwankte zwischen chronischer Myelitis und Tumor. Wegen Verdachtes auf Syphilis wurden verschiedene antisyphilitische Curen versucht.

Die Klagen des Pat. während der nächsten Wochen beziehen sich auf schneidende, brennende Schmerzen, welche am stärksten in der Blasen- und Aftergegend sind, fehlenden Stuhlgang, Schlaflosigkeit, Hämorrhoidalblutung. Jodkalium wird nicht vertragen. Vom 1. Juni werden Einreibungen mit Ungt. ciner. gemacht. Am 15. 6. ist die Spannung und Rigidität der Muskeln geringer, die Beine lassen sich leichter auseinanderziehen. Bis zum 21. 6. sind 60 grm. Ungt. ciner. eingerieben. Es wird wieder mit Jodkalium und Electricität versucht. Am 15. 7. reagiren die Muskeln auf den inducirten Strom gut. Klage über durchschiessende Schmerzen (vom Lendentheile der Wirbelsäule bis in die Fussspitzen hinab); ausserdem starkes Gürtelgefühl in der untern Bauchgegend und Gefühl der Versandung bis zu den Knieen hinauf. Wirbelsäule auf Druck von den untersten Brustwirbeln bis zum Kreuzbein schmerzhaft. Stuhlgang retartirt, Urinentleerung gestört. Die in adducirter Stellung befindlichen Beine sind in den Kniegelenken leicht flectirt. Active Bewegung, (mit Ausnahme der grossen Zehen) nirgends möglich. Keine Atrophie der Musculatur. Sensibilität intact. Penis bei Berührung sehr schmerzhaft, immer in Semierection.

Oberextremitäten, Rumpf, Gesicht und Kopf völlig frei. Im Laufe der nächsten Monate in den Contracturen der untern Extremitäten und bezüglich der Schmerzen keine Aenderung. Ende Januar d. J. klagte Pat. über Schmerzen in den Hinterseiten des Oberschenkels bis zur Glutäalgegend hinauf. Allmählig röthete sich die Haut an den schmerzhaften Stellen; es trat Fieber auf und bildete sich eine tiefe Phlegmone, welche die halbe Länge des Oberschenkels ergriff und eine operative Behandlung erforderte. Am 18. März wurde die Obduction gemacht.

Das Rückenmark zeigte sich auffallend dünn, namentlich im Brusttheile bandartig platt. Im Wirbelkanal, an der Dura, der Pia und den austretenden Nervenwurzeln keine auffallende Alteration. — Die Substanz des Rückenmarks zeigt im Halstheile bei weicher

Consistenz totale graue Degeneration der Goll'schen Keilstränge und sehr schwache aber vollkommene deutliche graue Entartung der Seitenstränge. Im Brusttheile, wo das Rückenmark auffallend flach, platt und weich ist, erscheint auf dem Durchschnitt die weisse Substanz total glasig grau, während die Hörner der grauen Substanz als relativ opake Substanz in der glasigen Masse hervortreten. Im Lendentheile beschränkt sich die Affection wiederum auf die äussersten Abschnitte der Seitenstränge, während hier die G'schen Keilstränge anscheinend normal sind. —

Verf. hatte nicht Gelegenheit das Rückenmark genauer zu untersuchen. Der anatomische Befund desselben hat viel Aehnlichkeit mit den mehrfach als combinirte Systemerkrankung mitgetheilten Fällen. Indessen lässt sie bandartige Atrophie des Brusttheils sowie der Verlauf und die Symptome der Krankheit keinen Zweifel darüber, dass es sich um eine chronische Myelitis im obern Dorsaltheile gehandelt habe, an welche sich eine nach oben und unten fortschreitende Veränderung des Rückenmarks anschloss. Also ein neuer Beweis dafür, dass die spastische Spinalparalyse mit chronischer Myelitis (Sclerose) des Dorsaltheils zusammenhängt und auch dafür, dass der anatomische Befund nicht als Systemerkrankung und Lateralsklerose aufgestellt werden kann.

Bemerkenswerth an diesem Falle bleibt noch:

1) Dass die Ernährung der Muskulatur bis zuletzt nicht gelitten hat.

2) Die starre Extensionscontractur, vermuthlich abhängig von dem ursprünglichen Herde im obern Dorsaltheile.

3) Die grosse und fortdauernde Schmerzhaftigkeit, welche auf die Vermuthung eines Tumors führte.

Rabow (Berlin).

---

388) **Benedikt** (Wien): Ueber Aetiologie, Prognose und Therapie der Tabes.

(Wiener medicin. Presse Nro. 1, 2 und ff. 1881.)

In geistreicher Weise sucht Verf. als hauptsächliches aetiologisches Moment der Tabes nach dem Darvin'schen Princip die Heridität sowie kongenitale ab ovo bestehende Praedispositionen und Neigungen gewisser Theile und Systeme der Cerebro-Spinalaxe unter oft banalen occassionellen Ursachen oder einfacher functioneller Abnützung zu bestimmten Erkrankungen hinzustellen. Namentlich sei die Organisation des Systems der Hinterstränge (sowie der Grosshirnhemisphären) im Vorhinein eine derartige und zeige eine solche Diathese, dass sie auf bestimmte äussere Veranlassungen leicht, da schon im Keime die Bedingungen dazu gelegen sind, zu einem degenerativen Process führen. Zu solchen diathetischen Erkrankungen ist eine grosse Anzahl von Tabes zu rechnen, und zu dem „geborenen" Dichter des Horaz und den „geborenen" Dieben des Maudsley gesellt sich der „geborene" Tabetiker; auch diese werden häufiger geboren als erzogen. So erklärt es sich dann, wie für viele Fälle von Tabes gar keine genügende äussere Ursache nachweisbar ist; sie entwickeln sich eben ganz analog den

aus hereditärer Belastung hervorgegangenen. Sowie es praedisponirte „Fett-Individuen“ gibt, so gibt es auch „Bindegewebs-Individuen“, bei denen wie z. B. bei den Tabikern die Nervenfasern allmählig dem wuchernden Bindegewebe erliegen. Ausser der ersten Anlage (Heredität, Diathese) gehören: Erkältung, körperliche und geistige Strapazen und Anstrengungen, Excesse und Aufregungen jeglicher Art, sowie endlich der *Virus syphiliticus* zu den gewöhnlichen Ursachen der Tabes. Benedikt anerkennt ausdrücklich eine *syphil. Tabes*. Sie charakterisirt sich ausser durch ein häufiges Oscilliren der Symptome, so dass vollständige oder fast vollständige Heilung mit schweren Rezidiven wechseln, noch ausserdem dadurch, dass durch Jod-Kalium und Quecksilber Resultate erzielt werden, die bei den gewöhnlichen Formen komplet im Stiche lassen, ferner noch dadurch, dass das Leiden ganz atypisch, z. B. mit einer Neuritis nervi ischiadici beginnt, oder dass in ganz atypischer Weise grosse Stellen der Haut z. B. am Oberschenkel anästhetisch werden, während die Empfindungslosigkeit bei den typischen Fällen von den Zehenspitzen aus nach oben fortschreitet. Doch gibt es auch unstreitige syphilitische Tabesfälle mit ganz gewöhnlichem typischen Bilde. Von einer syph. Tabes kann nur dann die Rede sein, wenn Syphilis der allgemeinen Hautdecken vorausgegangen ist. Nach Benedikt gibt die syph. Tabes nur einen geringen Percentsatz ab. Prognostisch hält Verf. die Formen mit prodromaler Sehnervenatrophie einerseits und gastrischen Krisen anderseits für die relativ günstigsten.

Im allgemeinen ist die Prognose desto besser, je früher die richtige Therapie eingeleitet wird. Die syph. Formen von Tabes, welche sich durch Atypie des Verlaufes und symptomatisch auszeichnen, sollen häufig eine günstige Prognose, die typischen Formen hingegen eine ungünstige haben.

Bei der ersten Form wirken günstig und erfolgreich die Antisyphilitica — bei der zweiten hingegen verschlimmern besonders grosse Dosen von Merkur — Schmierkur — den Zustand. Bei den übrigen Formen von initialer Tabes finden alle jene Methoden, welche den Gang von Entzündungen in den ersten Stadien beeinflussen können, ihre volle Anwendungen: Nitras argenti, Secale cornutum, Chapmann'sche Schläuche, Priessnitz'sche Halbbäder; — R. M. Galvanisation — gegen die excentrischen Schmerzen, die Points de feu — bei subacutem Verlaufe resp. Nachschüben vor Allem absolute Bettruhe. Müller (Graz).

---

389) **Cherchevsky** (St. Petersburg): Contribution à l'étude des crises laryngées tabétiques.

(Revue de Médecine, 10. Juli 1881.)

Verf. behandelt in der vorliegenden Mittheilung die zuerst von Feréol richtig gewürdigten laryngealen Krisen bei Tabes. Bekanntlich kömmt es bei dieser proteiformen Krankheit auch zu eigenthümlichem in Paroxysmen auftretendem krampfartigem Husten mit spasmus glottidis, Erstickungsanfällen ja in seltenen Fällen sogar

mit Asphyxie. Von Seite der Lungen sowie des Larynx liegen keine organischen und die Hustenanfälle erklärenden Processe vor.

Cherchevsky theilt aus der französischen Literatur — die deutsche ist vollständig ignorirt — 18 einschlägige sehr instructive Fälle, grösstentheils aus Charcot's, Krishaber's und Keller's Clientel stammend, mit und bringt diese spastischen laryngealen Störungen der Tabiker je nach dem Grade ihrer Intensität in 3 Gruppen.

1) Leichter Anfall: Der Husten ist ganz analog dem Keuchhusten und besteht in einer Reihe von kurzen und raschen Exspirationsstössen gefolgt von einer lang gezogenen, pfeifenden Inspiration. Das Gesicht ist geröthet, der Kranke im Zustande hochgradiger Angst und drohender Erstickung; dabei keine oder nur geringe Expectoration von zähem durchsichtigem Schleime. Die Durchschnittsdauer eines solchen Anfalles beträgt einige Secunden bis $1^1/_2$ Minuten.

2) Mittelstarker Anfall: Der Husten ist viel heftiger — die Zeichen der Erkrankung sind wohl ausgesprochener, das Gesicht und die Conjunctiva sehr kongestionirt, die Bulbi stark hervorgetreten, die Respiration ist sehr erschwert, die Inspiration statt von einem pfeifenden Geräusch von schwerem Keuchen begleitet.

Das Bild vervollständigen cephalische Symptome als: Kopfschmerz, Vertigo, Nausea, Erbrechen oder excecretorische secessus involuntarii; Dauer 5—10 Minuten.

3) Sehr starker Anfall: Die Erstickungsgefahr erreicht den höchsten Grad, steigert sich zur Apnoë — vollständiger Respirationsstillstand, hochgradige Cyanose des Gesichts, vollständiger Verlust des Bewusstseins, epileptiforme Convulsionen — Asphyxie. Dauer von 20—30 Minuten bis zu mehreren Stunden. Die laryngealen Krisen treten entweder plötzlich auf oder erst nach kurz dauernden prodromalen Paraesthesien und Paralgien als: Kitzel (Titillatus), Stechen, Constrictionsgefühl etc.

Zuweilen kommen sie ohne jedes occassionelles Moment, wie mitten im tiefen ruhigen Schlafe, anderemal wieder während des Essens, oder einer Conversation, bei Zugluft und plötzlichen Barometerdepressionen und Temperaturschwankungen.

Die Frequenz der Anfälle ist sehr variabel, in einem Falle hat Verf. 50 innerhalb 24 h. notirt.

Der laryngoscop. Befund ist im Allgemeinen negativ — in einigen Fällen konnte eine Lähmung oder Parese *eines* m. aryth. post. konstatirt werden.

In der Erklärung des Auslösungsmodus schliesst sich Verf. vollständig Charcot an. Es besteht eine Hyperästhesie der Kehlkopfschleimhaut sowie eine erhöhte Erregbarkeit der betreffenden Nervencentren, in Folge dessen jede Reizung des Larynx einen mehr oder weniger intensiven Reflexhusten hervorruft. (Gewiss ebenso häufig werden die laryngealen Krisen nicht auf reflectorischem Wege sondern direct durch exclusive centrale Reizungen durch Verände-

rungen im Rückenmark resp. Bulbus selbst ausgelöst — ganz ähnlich wie die gastrischen Krisen. Ref.)

Die Annahme dass das anatomische Substrat in bulbären Läsionen gelegen sei, wird durch zwei Sectionsbefunde gestützt, von denen namentlich der zweite beträchtliche Verdünnung der Vago-Accessorius-Wurzeln, Atrophie und graue Degeneration der hinteren Pyramiden sowie einen kleinen Erweichungsherd des linken corp. restiforme neben der gewöhnlichen grauen Degeneration der Hinterstränge nachweist.

Cherchevsky betrachtet mit Recht die laryngealen Krisen nicht bloss als einfach coincidirende sondern als integrirende, legitime Symptome der Tabes und vindicirt ihnen eine hohe klinische Bedeutung. In den mitgetheilten Krankengeschichten ist 13 mal die Zeit des ersten Auftretens derselben genau angegeben. 9 mal gehörten sie mit zu den ersten Symptome der beginnenden Tabes und bestanden neben lancinirenden Schmerzen, Gürtelgefühl und Blasenschwäche. Doch standen sie auch ganz isolirt da und machten für lange Zeit — 1—10 Jahre — allein das ganze Krankheitsbild aus. In einer Beobachtung (Fall XIII) waren die gewöhnlichen Symptome der Tabes erst nach 13jährigem völlig isolirtem Bestehen der Laryngealkrisen aufgetreten. (Dieses Verhalten erinnert doch lebhaft an das oftmals sehr frühe und isolirte Auftreten von progressiver Sehnervenatrophie bei Tabes. (Ref.) Müller (Graz).

---

390) **Carl Dütschke**: Ein Beitrag zur Diagnostik der durch Eisenbahnunfälle verursachten Verletzungen und Erschütterungen des Rückenmarks.

(Jnaugural-Dissertatiou. Berlin, Juli 1881.)

Verf. kritisirt die den gleichen Gegenstand behandelnde Broschüre von Rigler in abfälliger Weise und behauptet, dass die Zahl der bis jetzt zur Beobachtung gekommenen Krankheitsbilder von Rückenmarksaffectionen nach Eisenbahnunfällen noch eine zu geringe sei, als dass hieraus sichere Schlüsse gezogen werden können. Aus dem ihm zu Gebote gestellten Material bringt D. 9 hierhergehörige Krankheitsfälle. Die Frage, ob die durch Eisenbahnunfälle bewirkten Verletzungen und Erschütterungen des Rückenmarks anderer Art sind als die durch andere Gewalt hervorgerufenen Rückenmarksverletzungen muss von vorn herein negirt werden. Von geringerem Werthe für das vorstehende Thema sind die durch directe acute, traumatische Rückenmarksläsionen erzeugten Affectionen. Der Sitz derartiger Läsionen kann an allen möglichen Stellen sein. Schwieriger ist es, nach einem Eisenbahnunfall aus den indirecten Folgen, aus Fällen, bei denen anfänglich gar keine Verletzung nachweislich und wo der Arzt erst später hinzugezogen wird, ein bestimmtes sicheres Bild zu gewinnen. Einer der merkwürdigsten Umstände bei Rückgratsverletzungen ist das Missverhältniss zwischen dem anscheinend kleinen Unfall und dem wirklichen und erregten Schaden, den er verursacht. Es leuchtet ein, dass das Krankheitsbild der Rückenmarkserschütterung nach einem Eisenbahnunfall ein durch verschiedene Momente wechselvoll gestaltetes sein wird. Erb unterscheidet vier Hauptgruppen:

1) Im Moment der Verletzung schwerste und diffuse Symptome; Tod tritt nach kurzer Zeit ein.
2) Im Moment der Verletzung schwere Spmptome; Heilung nach kurzer Zeit.
3) Schwere Symptome, die nur durch lange Zeit und Leiden schwinden.
4) Beginn mit unbedeutenden Symptomen, aus denen sich nach langer oder kurzer Zeit ein progressives schweres Spinalleiden herausbildet.

Plötzliches Aufhalten einer sehr raschen Bewegung und starke, nicht selten überstarke Biegung der Wirbelsäule, das sind die wesentlichsten Momente, bei Entgleisungen und Zusammenstössen auf der Eisenbahn Rückenmarkserschütterungen und Verletzungen herbeizuführen. Interessant ist die Angabe (Erichsen), dass Personen, welche im Momente eines Eisenbahnunfalls schlafen, in der Regel keine Erschütterung des Nervensystems davontragen. Die Stellung, die ein Individuum in dem Augenblicke des Zusammenstosses einnimmt, soll von hervorragender Bedeutung für das Zustandekommen einer Rückenmarksläsion sein. Rigler sagt: „es könne bei dem Fehlen jeder, auch der geringsten äusserlich sichtbaren Spur einer Verletzung unmittelbar nach dem erlittenen Insulte die Wahrscheinlichkeit einer Läsion des R.-M. überhaupt erst gegeben sein, wenn der angeblich beschädigte bei einem Zusammenstoss — mag letzterer auch ohne besondere Heftigkeit erfolgt sein — betheiligt war und dem Punkte des Zusammenstosses den Rücken zuwandte.“ Nach Verf. ist die von Rigler geforderte Rücksitzstellung dabei nicht erforderlich, doch giebt er zu, dass sie leicht schwerere Verletzungen veranlasst. Die beiden ersten von den 9 mitgetheilten Fällen hatten mit dem Gesichte nach der Locomotive gesessen und dem Punkte des Zusammenstosses den Rücken nicht zugewandt. Der erste Fall bei dem die äussere Untersuchung ausser einer ungefähr 7 Cm. langen, höchst oberflächlichem Hautabschürfung in der Höhe des 6. Rückenwirbels nirgends Spuren von äusserer Verletzung ergab, wurde in einem Coupé todt aufgefunden. Bei dem 2. Falle stellten sich ausser sofort eingetretener psychischer Benommenheit am Tage nach dem Unfalle Lähmungserscheinungen in den oberen und unteren Extremitäten und an der Blase ein, obgleich nirgends Verletzungen wahrzunehmen waren. Nach 3 Wochen Besserung und Heilung.

Von den mitgetheilten Fällen, die im Original nachzulesen, gehört der 1. unter Nro. 1, der 2. unter Nro. 2 des oben angeführten Erb'schen Schemas; der 3. 4. und 5. sollen die sub. Nro. 3 beschriebenen Erscheinungen illustriren und die 4 letzten Krankheitsfälle sind als Analoga zu Nro. 4 aufzufassen.

Zum Schluss verwirft Verf. die von Rigler eingeführte Bezeichnung der Siderodromophobie (σιδηροδρομος = Eisenbahn), da es ihm bedenklich erscheint, Symptomengruppen, die nach Eisenbahnunfällen wohl vorkommen können, als gesondert neues Krankheitsbild aufzunehmen. Rabow (Berlin).

---

391) **Roller F. C. W.:** Ein kleinzelliger Hypoglossuskern.
(Arch. f. mikrosk. Anat. XIX B.)

Ventral vom grosszelligen Hypoglossushauptkern und medial von den austretenden XII Wurzeln liegt eine im Querschnitte rundliche graue Masse mit kleinen meist runden Zellen. In diese Zellensäule sieht man zahlreiche Wurzelfassern des XII. eintreten und gelegentlich auch in die Fortsätze der Zellen übergehen. — R. wirft die Frage auf ob nicht gerade diese kleinen Zellen die eigentlichen Ursprungszellen des XII. darstellen, während die grossen Zellen des Hauptkerns, wenigstens theilweise, trophische Beziehungen haben. —

Durch beide XII Kerne, vorzüglich aber durch den kleinzelligen, wird eine Verbindung zwischen den XII Wurzeln einerseits, dem hinteren Längsbündel, sowie der Raphe andererseits vermittelt.

Obersteiner (Wien).

---

392) **Russell:** Melancholia.
(The Alienist u. Neurologist. 1881. Nro. 2. pag. 195.)

Russell versteht unter „Melancholia" alle Formen des Irreseins, die wir als psychische Depressionszustände im weiteren Sinne bezeichnen können; wir finden deshalb unter den aufgeführten Fällen einige, die auch wir als Melancholie, andere aber, die wir mit Hypochondrie, abortiver Verrücktheit, Verrücktheit bezeichnen würden. So handelt einer der kurz mitgetheilten Fälle von einem sonst intelligenten Arzte, der mit der grundlosen Vorstellung erkrankt, er habe sich syphilitisch inficirt, und der sich schliesslich das Leben nimmt. Ein anderer Kranker hat nur die eine zwangsartige Vorstellung er möchte einmal während der Krankheit seiner eben verstorbenen Tochter gedacht haben, es sei für diese besser, sie stürbe bald; er ist tief unglücklich darüber.

Aus dieser Art der Bezeichnung folgt denn auch natürlich, dass R. die Melancholie als eine der häufigsten Formen des Irreseins ansieht, und dass er eine acute, eine chronische und eine permanente Melancholie kennt; bei den beiden letzteren Formen kommen dann Perioden der Exaltation neben denen der Depression vor.

Ueber Aetiologie, Entwicklung und Verlauf sagt R. sonst nichts Bemerkenswerthes. Bei Besprechung der pathologischen Anatomie bringt er nur die bekannten Hypothesen Anderer, meint nur, dass bei Melancholie und Hypochondrie oft krankhafte Zustände der Eingeweide Ursache der Krankheit sind. Eigenthümlich sucht R. den Trieb zum Selbstmorde bei seinen Melancholikern zu erklären: Maudsley habe gemeint, dieser Trieb komme daher, dass die Kranken die Liebe zum Leben verlieren; für diese „Liebe zum Leben", entwickelt R. weiter, gebe es möglicherweise ein cerebrales Centrum dessen, „organische oder functionelle Störung" dann jenenTrieb zum Selbstmord hervorruft. —

Die Prognose der M. ist nach R. eine günstige. Als allgemeine Regel für die Behandlung gilt vor Allem die Forderung, dass der Kranke aus seiner bisherigen Umgebung entfernt wird. Er bedarf zu seiner Wiederherstellung der absoluten Ruhe. Dann ist für eine gute,

eventuell zwangsweise Ernährung zu sorgen, der Schlaf, wenn nothwendig, durch Medicamente, am besten durch Morphium, Belladonna, Coniin und Hyoscyamin bei subacuten und nicht erregten, bei erregten Kranken durch Chloralhydrat herbeizuführen. Endlich ist der Gebrauch von Tonicis wohl zu empfehlen. Wähner (Creuzburg.)

---

393) **Spitzka:** Monomania oder „Primäre Verrücktheit."

(St. Louis Clinical Record. 1880. Vol. II. Nr. 9. pg. 257.)

Verfasser beklagt, dass sich die Classification der Psychosen in den Englisch sprechenden Ländern noch in einem Zustande chaotischer Verwirrung befindet, während sie doch in Mittel-Europa, speciell in Deutschland, sich mehr und mehr fest gestaltet. So fehle jenen für die „primäre Verrücktheit" Meynert's, Krafft-Ebing's, Schüle's, Sander's und Anderer, noch eine aequivalente Bezeichnung, obgleich doch jene deutschen Autoren eine clinisch gut differenzirte Form des Irreseins damit gezeichnet haben; englische Autoren bezeichnen diese Form noch immer bald als Manie, bald als Melancholie. Esquirol habe für die in Frage stehende Psychose zuerst eine Bezeichnung vorgeschlagen und zwar das Wort „Monomania"; leider seien Esquirol und seine Jünger dann aber weiter gegangen und haben jene Unzahl von Monomanieen erfunden, indem sie einzelne verschiedene Symptome derselben Krankheit als verschiedene selbstständige Krankheiten auffassten. — Snell habe dann zuerst diese Form des Irreseins wieder einheitlich dargestellt und eben als primäre Verrücktheit bezeichnet. Verfasser schlägt als aequivalente englische Bezeichnung „Monomania" vor, warnt aber ausdrücklich davor, darunter das zu verstehen, was später Esquirol damit bezeichnete.

Zum besseren Verständniss und zur besseren Characterisirung der nach ihm als „Monomania" zu bezeichnenden Krankheit führt er mehrere Fälle von primärer Verrücktheit in extenso aus. Er weist dann nach, wie Aetiologie und Symptomatologie diese Form des Irreseins characterisiren.

Für jene Fälle, welche von den Deutschen mit „secundärer Verrücktheit" bezeichnet werden, schlägt Sp. die englische Bezeichnung „chronic secundary mania" vor.

Als pathologisch-anatomisches Substrat der „Primären Verrücktheit" nimmt Sp. ein nicht normal entwickeltes Gehirn an und glaubt so einerseits die hereditäre Natur der Krankheit erklären zu können, andererseits es aber von vorneherein als Zeitverschwendung bezeichnen zu dürfen, wenn man das Substrat für falsche Vorstellungen, fixe Ideen und episodische Hallucinationen in Structurveränderungen der Hirnrinde sucht.

Was die Beziehung der primären Verrücktheit zu anderen Formen psychischer Erkrankung betrifft, so rechnet sie Sp. zu der Hauptgruppe der psychischen Schwächezustände, die meist hereditärer Natur sind und, allmälich in einander übergehend, eine Kette zusammengehöriger Glieder bilden. Das eine Ende dieser Kette wird von der Idiotie, das andere von der „Primären Verrücktheit" gebildet; dazwischen liegen Imbecillität, Moral insanity, epileptisches Irresein und sonstige Uebergangsformen.

Schliesslich hebt Sp. als recht bemerkenswerth hervor, dass der „primär Verrückte“ acut psychisch erkranken kann, ohne dass die Symptome der Verrücktheit beeinflusst werden. Andere psychische Erkrankungen chronischer Art können zu der Verrücktheit hinzutreten, und beide dann neben einander verlaufen; Sp. theilt mehrere Fälle mit, in denen sich zu einer bestehenden Verrücktheit allgemeine Paralyse der Irren gesellte. Solche Fälle machen die richtige Diagnose schwierig. Wähner (Creuzburg).

---

394) **Wardner**: Thoughts on Insanity and its Preventable Causes. (Ueber Irresein und seine Verhütung.)

(The Saint Louis Medical and Surgical Journal Vol. XI. Nr. 4 pg. 379.)

In seiner ganz allgemein gehaltenen Betrachtung über das Irresein und seine zu verhütenden Ursachen stellt W. es eben als Hauptaufgabe hin, die Ursachen des Irreseins aufzudecken und durch eine entsprechende Prophylaxe das Eintreten psychischer Erkrankung hintanzuhalten. Er kommt zu dem Schlusse, dass es meistens physische, direct erst auf den Körper einwirkende Ursachen sind, und zwar erstlich die heute gebräuchliche Lebensweise, welche durch Ueberanstrengung, Vernachlässigung jeder körperlichen Pflege die Constitution untergräbt, dann die mehr und mehr über Hand nehmende Trunksucht. Die unmittelbar psychischen Ursachen stehen den eben angeführten an Häufigkeit nach; W. theilt sie in drei Gruppen: Schrecken im weiteren Sinne des Wortes (shock), vernachlässigte Selbst-Controlle, (die zur Willensschwäche führt,) und üble Charactereigenthümlichkeiten, (z. B. Reizbarkeit, Klagsucht, Hang zur Melancholie und andere). — Darnach kommt W. zu dem Schluss, dass sich den bei weitem meisten Ursachen des Irreseins vorbeugen lässt; allein ausgenommen sei vielleicht jener „shock“, aber auch seine Wirkung lässt sich durch geeignete physische und psychische Pflege verringern. Wir dürfen also hoffen, bei grösserer Sorge für eine mens sana in sano corpore, bei besserer körperlicher und geistiger Erziehung am besten die Gefahr eintretenden Irreseins zu beseitigen. Wähner (Creuzburg).

---

395) **Bergmann Fedor**: Die Anwendung der Milchsäure bei Geisteskrankheiten.

(Inaug.-Dissert. Jena 1881.)

Verf. hat von der Milchsäure wiederholt guten Erfolg gesehen und zwar vorzüglich in den verschiedenen Formen der Tobsucht. Er gab das Mittel innerlich meist zu 15—20 gramm (nie unter 10 gramm). Die Wirkung war eine beruhigende, in der Weise, dass sie die Hastigkeit im Handeln, die krankhafte Geschäftigkeit und Unternehmungslust sowie die Gereiztheit der Kranken ihrer Umgebung gegenüber herabsetzte; eigentlicher Schlaf erfolgte aber viel seltener. — Sehr verschieden waren die Resultate hinsichtlich der Zeit des Eintrittes und der Dauer der Wirkung. —

Verdauungsstörungen traten nur selten ein. —

Obersteiner (Wien).

---

396) **V. la Perre de Roo:** La Consanguinité et les effets de l'hérédité. (Blutsverwandschaft und Erblichkeit.)
(Paris 1881. 197 S.)

Die Frage, deren Entscheidung in diesem mit zahlreichen Holzschnitten ausgestatteten Werke angestrebt wird, ist die, ob es richtig sei, dass, wie von manchen Seiten behauptet wird, durch die Ehen zwischen Blutsverwandten die Degenerescenz der Nachkommenschaft befördert werde, dass die Kinder blutsverwandter Eltern vorzüglich häufig taubstumm, idiotisch, epileptisch u. s. w. seien.

Der Verf. stellt sich auf Seite der Majorität (?) und behauptet es sei wissenschaftlich vollkommen unrichtig irgend einen schädlichen Einfluss solcher Ehen zwischen Blutsverwandten anzunehmen. — Er beruft sich darauf, dass bei den alten Völkern und jetzt noch bei den Juden solche Ehen gestattet waren und sehr häufig geschlossen wurden, ohne dass dadurch die Race irgend welchen Schaden erlitten hätte.

Seinen Hauptbeweis entnimmt er aber der Landwirthschaft; er selbst hat sich durch zwanzigjährige Erfahrung in der Thierzucht davon überzeugt, dass in den verschiedensten Thierklassen durch fortgesetzte Züchtung innerhalb derselben Familie die besten Resultate erreicht werden, und gewiss keine Degenerescens der Race erfolge. — Damit stimmen auch die Erfahrungen zahlreicher anderer Thierärzte die er anführt, überein.

Verf. hat auch in Anstalten für Taubstumme und Stotternde Umfrage gehalten und bringt die Mittheilungen, welche ihm diesbezüglich wurden, wörtlich; seine Zahlen, mit denen von Darwin u. A. zusammen, ergaben, dass auf 1822 Taubstumme nur 33 (1.82 %) kommen, deren Eltern blutsverwandt waren.

Obersteiner (Wien).

III. Verschiedene Mittheilungen.

397) Aus Berlin. *Ministerial-Verfügung.* Auf die in dem Berichte der Königlichen Regierung vom 26. Juli v. J. gestellte Anfrage, ob durch die in dem diesseitigen Erlasse vom 6. Dezember 1879 hinsichtlich der Anzeigen bei Aufnahme von nicht preussischen Geisteskranken in preussische Irrenanstalten getroffene Anordnung die Bestimmung des Rescriptes vom 21. Januar 1841 (Min.-Bl. f. d. innere Verwaltung S. 24), nach welcher bezüglich dergleichen Personen Seitens der Polizeibehörde des Ortes, in welchem die betreffende Irrenanstalt liegt, von ihrer Aufnahme in dieselbe dem Königlichen Ministerium der auswärtigen Angelegenheiten Anzeige zu machen ist, aufgehoben sei, eröffnen wir der Königl. Regierung, dass diese Annahme weder in der Fassung des Erlasses vom 6. Dezember 1879 einen Anhalt findet, noch die Absicht bestanden hat, das Rescript vom 21. Januar 1841 zu beseitigen. Wir machen zugleich darauf aufmerksam, dass die bezüglichen Anzeigen sowohl in dem Falle, dass der Geisteskranke einem anderen

deutschen Bundesstaate, als Preussen, angehört und auch dort seinen Wohnsitz hat, als in dem Falle, dass der Geisteskranke ein Ausländer im Sinne des § 8 des deutschen Strafgesetzbuches ist, an den Herrn Minister der auswärtigen Angelegenheiten zu erstatten sind. Die Königl. Regierung hat hiernach die weiter erforderlichen Anordnungen zu treffen.

Berlin, den 6. August 1881.

Der Minister des Innern. Im Auftrage: **Herrfurth.**

Der Minister des geistl. Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten. In Vertretung: **Lucanus.**

An die Regierung zu N. und abschriftlich an die übrigen Königl. Regierungen etc. etc.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 Mark freie Station. 2) Halle a. Saale, a. II. Volontärarzt, 1050 Mark, freie Station. b. Assistenzarzt an der psychiatr. Klinik, 1500 Mark u. fr. Station. 3) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1200 M., fr. Stat. 4) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) a) Volontairarzt, sofort, 450 + 600 Mark, freie Sation. b) Assistenzarzt, 1500 Mark, möblirte Wohnung, fr. Stat. I. Classe. Heizung. Beleuchtung und Arznei. 5) Grafenberg (Düsseldorf), Volontairarzt sofort; 600 M., fr. Stat. 6) Dalldorf (Berlin) Volontairarzt, baldigst, 600 M. fr Stat. Meldungen an das Curatorium der Irrenanstalt der Stadt Berlin. 7) Pankow (Dr. Richter's Anstalt), Assistenzarzt; mit 1500 Mark beginnend, freie Station. 8) Wehnen (Oldenburg), Assistenzarzt, 1. September, 1200—1500 M., fr. Station. 9) Düren, Volontaiarzt, 15. Juli, 600 M., fr. Stat 10) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Creutzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Gerdauen (Königsberg i. Pr.), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Johannisburg (Gumbinnen), Krossen (Frankfurt a. O.), Königsberg i. Fr. (Coburg), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Minden (Minden), Münsterberg (Breslau), Osterode (Königsberg), Schönau (Liegitz), Stuhm (Marienwerder), Sprottau (Liegnitz), Worbis (Erfurt), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Ehrenbezeugungen. Dr. Wilhelmi in Wiesbaden zum Sanitätsrath.

Ernannt. Dr. Alexander in Bublitz zum Kreisphysicus daselbst. Dr. Achenbach in Hildesheim zum Kreisphysicus in Marienburg.

Besetzte Stellen. Bendorf bei Coblenz, Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt für Gemüths- und Nervenkranke, Assistenzarzt Herr Dr. Theodor Seuffert aus Würzburg. Königslutter, Assistenzarzt.

Todesfälle. San.-Rath Dr. Klopp in Hannover. San.-Rath Dr. Goedecke in Rerlin. San.-Rath Dr. Krause in Riesenburg.

V. Anzeige.

Coblenz, Druck von Ph. Werle (Entenpfuhl 12).

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. 1. September 1881. Nro. 17.

INHALT.

I. Originalien.

Internationaler Medicinischer Congress zu London.

Original-Bericht von
Dr. R. H. PIERSON (Dresden).
(Schluss statt Fortsetzung.)

Nachtrag zu den Verhandlungen der physiologischen Section.

Wie bereits erwähnt, war beschlossen worden, die beiden Versuchsthiere, welche bei der Discussion über die Hirnlocalisation vorgezeigt worden waren, nämlich den Hund von Prof. Goltz und den hemiplegischen Affen von Prof. Ferrier zu tödten, um die Gehirne demonstriren zu können. Es wurde zu diesem Behufe eine Commission gewählt, in deren Gegenwart die beiden Thiere secirt wurden und welche späterhin auch über den mikroskopischen Befund des Gehirns und Rückenmarks Bericht erstatten wird. Ich gebe im Nachfolgenden eine kurze Schilderung des makroskopischen Bildes der betreffenden Läsionen wie ich sie aus eigener Anschauung und nach dem in der Sitzung gegebenen Bericht entworfen habe.

Die erwähnte Commission wird ihrem späteren Bericht auch Photographien von den beiden Gehirnen beifügen.

1. *Hund von Prof. Goltz.*

Die Läsion erstreckt sich in der *linken Hemisphäre* über den mittleren Theil der Parietalgegend und einen erheblichen Theil des Hinterhauptslappens. Die Partie, welche die Längsspalte umgibt, also der Gyrus sigmoides und dasjenige Gebiet, welches gewöhnlich als Sitz der motorischen Region betrachtet wird, ist grösstentheils unversehrt. Der Schläfenlappen ist wenig betroffen, ebenso ist die Basalfläche des Occipitallappens intact.

In der *rechten Hemisphäre* ist die Verletzung bedeutend grösser. Hier findet sich auch eine Verletzung des Gyrus sigmoides und von da aus nach hinten zu ist fast die ganze Hirnrinde zerstört. Dagegen ist ein Theil des Sulcus cruciatus erhalten, eben so fast der ganze Frontal- und der Temporallappen. —

Prof. Goltz bemerkt noch, dass das Gehirn dieses Hundes im frischen Zustande nur 42 Gramm wiege, während das gehärtete Hirn eines andern Hundes, welches er vorzeigte über 90 Gramm Gewicht habe. Jedenfalls hätte man in diesem Falle eine ganz bedeutende Asymetrie an dem Hunde bemerken müssen, da die eine Hemisphäre viel mehr afficirt gewesen sei, als die andere. Er beharrt nach diesem Sectionsbefunde durchaus auf seinem früheren Standpunkte.

2. *Affe von Prof.* Ferrier. (Bericht von Prof. Perser, Dublin.)

Die Hirnhäute an der Stelle der Läsion adhärent. Keinerlei Zeichen von Encephalitis; die Verletzung ist scharf begrenzt, die Läsion umfasst die beiden Centralwindungen und den angrenzenden Theil der 2. und 3. Stirnwindung. Ein kleiner Theil des lobulus postero-parietalis ist unversehrt geblieben, ebenso die Broca'sche Region. Im übrigen ist an dem Gehirn nichts Abnormes zu bemerken.

Prof. Ferrier bemerkte, dass der Sectionsbefund den im Leben vorhanden gewesenen Symptome vollständig entspreche; es sei von Anfang an etwas Beweglichkeit im Oberschenkel vorhanden gewesen, was sich durch das Erhaltensein eines kleinen Theiles des Beincentrums vollständig erkläre; ebenso sei die kurze Dauer der Facialislähmung durch die Unversehrtheit des unteren Facialcentrums bedingt gewesen.

Medicinische Section.

Dr. Hughlings Jackson (London) hält einen Vortrag über „Epileptiforme Convulsionen bei Gehirnkrankheiten", d. h. die in der Regel mit Erhaltung des Bewusstseins verlaufenden krampfhaften Bewegungen in einer Extremität oder einer ganzen Körperhälfte (Monospasmus-Hemispasmus), die sich allmählich über den ganzen Körper verbreiten könne und einen bestimmten Verlauf je nach ihrem Ausgangspunkte darbieten. Man bezeichnet diese Erscheinungen bekanntlich nach dem Vortragenden als „Jackson'sche Epilepsie." Diese Anfälle sind häufig von einer Lähmung der am stärksten von dem Krampfe befallenen Theile, die oft nur temporär ist, gefolgt;

ebenso findet man eine vorübergehende postepileptische Aphasie. Als anatomisches Substrat der epileptiformen Convulsionen findet man in der Regel eine Läsion in dem motorischen Gebiet der Hirnrinde.

Dr. Franz Müller (Graz) berichtet über einen Fall von Jackson'scher Epilepsie. Bei der Autopsie fand sich ein Gliom im mittleren Theil der unteren Centralwindung und dem angrenzenden Theil der Rolando'schen Spalte. Die Krampfanfälle waren auf die obere Extremität beschränkt gewesen. Der Vortragende glaubt daher den Fall für die Bestimmung des Armcentrums des Menschen verwerthen zu können und definirt als solches den eben angegebenen Theil der motorischen Zone.

Psychiatrische Section.

Prof. Tamburini hielt einen kurzen Vortrag über „*Cerebrale Localisation und Hallucinationen.*" Er vindicirt das Verdienst ein Sehcentrum in der Hirnrinde entdeckt zu haben, seinem Landsmann Panizza (1856), während die weiteren Forschungen über diesen Gegenstand von Ferrier herrührten. Der Vortragende ist der Ansicht, dass im Sehcentrum sich das Gedächtniss für die Gesichtseindrücke befindet und dass durch eine krankhafte Erregung dieses Centrums Gesichtshallucinationen in analoger Weise ausgelöst werden, wie durch Erregung der motorischen Zone motorische Aeusserungen hervorgerufen werden. In ähnlicher Weise sollen die Hallucinationen im Gebiete der übrigen Sinne durch Erregung der betreffenden corticalen Centren zu Stande kommen.

Prof. Benedikt (Wien) theilt seine bekannten Ansichten mit über den Zusammenhang gewisser *Anomalien der Hirnwindungen* (Atypie) mit den Handlungen von *Verbrechern*, die er an 50 Verbrechergehirnen gefunden zu haben angibt.

An dieser Stelle dürfte ein bemerkenswerther Vorfall im Erwähnung finden. Der durch sein Buch über Electrotherapie und die Monographie über Neurasthenie in weiteren Kreisen bekannte Dr. G. M. Beard (New-York) hatte eine Anzahl von Fachgenossen, darunter auch mich, eingeladen, einer Demonstration von *hypnotischen Phänomenen* an dem von ihm aus Amerika mitgebrachten Individuum beizuwohnen. Es hatte sich eine ziemliche Anzahl von Collegen hiezu eingefunden. Leider aber zeigte sich sehr bald, dass das betreffende Object ein Schwindler war, und es liegt Grund zu der Vermuthung vor, dass Dr. Beard dies wusste. Gleich nach der einleitenden Bemerkung von Beard, dass er diese Experimente bereits in einer medicinischen Gesellschaft in New- York demonstirt habe, erhob sich ein Herr aus der Mitte der Zuschauer, welcher diese Behauptung für unwahr erklärte. Er sei zu der erwähnten Zeit Secretär dieser Gesellschaft gewesen und müsse constatiren dass Dr. Beard's Ansuchen seine Versuche zu demonstiren von der Gesellschaft abgelehnt worden sei, worauf Beard das Versammlungslocal der Gesellschaft für sein Geld gemiethet und seine Demonstration abgehalten habe. Inzwischen war es dem Dr. Crichton Browne gelungen ausfindig zu machen, dass das vorzustellende Individuum unter einem falschen Namen reise und früher bei spiritua-

listischen Schaustellungen mitgewirkt habe. Trotz alledem schritt man hieraui zur Demonstration einiger angeblich hypnotischer Versuche, die jedoch kläglich missglückten. Auf Antrag von Dr. Browne beschloss daher die Versammlung, ihrem Missfallen über diesen Vorgang durch eine Resolution Ausdruck zu geben, in welcher ausgesprochen wurde, dass die Versammlung das betreffende Object für einen Betrüger halte und sich in keiner Weise von dem Vorhandensein hypnotischer Phänomene habe überzeugen können. Eine bereits angekündigte Demonstration des Objectes in der psychiatrischen Section wurde sofort inhibirt und Seitens des Secretärs der letzteren Dr. Dorkin in einer Zuschrift an die Times der Sachverhalt mitgetheilt, um irrigen Deutungen vorzubeugen.

II. Referate.

398) **Hermann Munk** (Berlin): Zur Physiologie der Gehirnrinde. Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft zu Berlin.

(Vortrag in der Sitzung am 1. Juli 1881.*)

Eine grössere Sendung Affen, welche ich im October v. J. erhielt, habe ich zu weiteren Versuchen über die Sehsphären verwandt, und es sind die Ergebnisse dieser Versuche, über welche ich heute berichten will.

Als ich gerade vor einem Jahre hier sprach, hatte ich dessen zu gedenken, dass auch die Hrn. Luciani und Tamburini nach der Verletzung eines Hinterhauptlappens beiderseitige Hemiopie beobachtet hatten. Seitdem haben die Hrn. Ferrier und Yeo die Ergebnisse einer neuen Untersuchung über die Sehcentren des Affen veröffentlicht, Ergebnisse, welche dermassen in sich von Widersprüchen starren, und welche so offenbar der ganzen Untersuchung den Stempel der Unreife aufdrücken, dass eine eingehendere Besprechung derselben unnütz wäre. Es ist jedoch bemerkenswerth, dass Hr. Ferrier, der einstmals nicht herb genug mich anlassen konnte, weil ich den Hinterhauptslappen — sein vermeintliches Hungercentrum — zum Sehen in Beziehung gesetzt hatte, nunmehr gleichfalls die beiderseitige Hemiopie nach Zerstörung des Hinterhauptlappens, allerdings in Verbindung mit Zerstörung des Gyrus angularis, gefunden und ferner „totale und anscheinend permanente“ Blindheit bloss in dem Falle erhalten hat, in welchem ausser beiden Gyri angulares auch beide Hinterhauptslappen zerstört waren. Wo, besonders von ärztlicher Seite, über die abweichenden Ergebnisse der verschiedenen Experimentatoren Klage geführt worden ist, dürfte die hier sich anbahnende Uebereinstimmung doch vielleicht Veranlassung sein, dass man nicht weiter bloss zählt, sondern wägt.

Ich muss von neuem betonen, dass ich sowohl in der von den Hrn. Luciani und Tamburini, wie in der von den Hrn. Ferrier und Yeo beobachteten zeitweiligen Hemiopie nur eine unzu-

---

*) Hier wörtlich wiedergegeben.

reichende Bestätigung meiner Erfahrungen erkennen kann. Denn nach diesen ist durch den Ausfall der Rinde eines Hinterhauptlappens stets eine andauernde beiderseitige Hemiopie bedingt, und der Ausfall keiner anderen Rindenpartie, insbesondere nicht des Gyrus angularis, bringt auch nur eine Spur einer partiellen Blindheit oder Amblyopie mit sich. Auch in sechs Versuchen an den neuen Affen habe ich wiederum nie eine Hemiopie oder Amblyopie beobachtet, als ich die Rinde des Gyrus angularis exstirpirt hatte. Wo nach dem Angriffe des Hinterhauptlappens nur eine vorübergehende Hemiopie sich ergeben hat, muss die Rinde des Lappens in zu geringer Ausdehnung entfernt oder zerstört worden sein, so dass wohl in der ersten Zeit, während noch die Umgebung der Operationsstelle functionsunfähig war, die ausgedehnte Rindenblindheit beider Retinae grob bemerkbar war, später aber die beschränktere Rindenblindheit, welche bestehen blieb, der Beobachtung entging. Und wo dem Angriffe des Gyrus angularis zeitweilige Hemiopie gefolgt ist, kann deren Ursache nur in der Quetschung bei der Operation und in der reactiven Entzündung gelegen gewesen sein, welche die Nachbarschaft der Rinde des Gyrus angularis betrafen.

Für den letzteren Ursprung der vorübergehenden Hemiopie kann ich auch interessante Erfahrungen beibringen. Ich hatte die diesmaligen Exstirpationsversuche am Gyrus angularis gerade in der Hoffnung unternommen, dass der Zufall auch mir einmal bei einer weniger glücklichen Operation die zeitweilige Hemiopie nach solchem Eingriffe zuführen würde. Als dies in vier Versuchen wiederum nicht geschehen war, beschloss ich die Vermuthung zu prüfen, welche Hr. Wernicke bei Gelegenheit meiner vorjährigen Mittheilung ausgesprochen hatte, dass die Quetschung und die Entzündung, ebensowohl wie den Hinterhauptslappen, auch die Fasern betroffen haben könnten, welche das sagittale Marklager des Hinterhauptslappens mit den Ursprungsganglien des Tractus opticus verbinden und als Markleiste unter der Rinde des Gyrus angularis hinziehen. Schlägt man nach Entfernung der Pia den vorderen Rand des Hinterhauptslappens zurück, so sieht man den dicken Faserstrang, schief von hinten und innen nach vorn und aussen verlaufend, unter die obere Spitze des Gyrus angularis treten. Ich führte nun die nächste Exstirpation am Gyrus angularis so aus, dass ich zwar überall sonst in der gewohnten Weise bloss in etwa 2 Mm. Dicke, am Sulcus parietooccipitalis aber in etwa 4 Mm. Dicke die Rindenschicht entfernte. Wirklich war der Affe beiderseits hemiopisch, wie wenn der Hinterhauptslappen angegriffen worden wäre, und die Hemiopie blieb durch drei Tage bestehen; am dritten Tage war sie schon schwer nachweisbar, sie war offenbar in der Rückbildung begriffen, und am vierten Tage liess sich keinerlei partielle Blindheit mehr constatiren. Ein zweiter solcher Versuch bot denselben Erfolg dar, nur erhielt sich die Hemiopie durch fünf Tage, und ein letzter Rest war sogar vielleicht noch am sechsten Tage zu erkennen. Später habe ich noch zweimal in der alten und normalen Weise die Rinde des Gyrus angularis exstirpirt, so dass ich nicht die Schnitte absichtlich

zu tief in der Nähe der Hinterhauptslappen-Fasern führte, und wiederum war keine Spur einer partiellen Blindheit aufzufinden.

Wieviel von derselben Retina dem rechten, wie viel dem linken Hinterhauptslappen zugeordnet ist, das hat sich jetzt noch schärfer als früher feststellen lassen. Die Möglichkeit dazu boten einige Affen, welche soweit gezähmt waren, dass sie frei auf dem Tische sitzend sich prüfen liessen und dazu noch den Verschluss eines Auges durch ein Klebepflaster ohne Widerstreben ertrugen. Reichte ich ihnen kleine Mohrrübenstücke auf lange Nadeln gespiesst, so nahmen sie jedes Stück sofort ab, sobald es ihnen zu Gesichte gekommen war; wurde ihnen jedoch einmal im Augenblicke, da sie zugreifen wollten, der sich hebende Oberarm von dem hinter ihnen stehenden Wärter sanft herabgedrückt, so standen sie von jeder Bewegung so lange ab und fixirten nur das Mohrrübenstück scharf durch Minuten hindurch, bis ich schliesslich das Stück rasch noch weiter ihnen näherte und jetzt beim neuen Zugreifen keinen Widerstand ihnen entgegensetzen liess. Als dem einen dieser Affen die Rinde des linken Hinterhauptslappens extirpirt worden war, brachte ich ein Mohrrübenstückchen in 15—20 Cm. Abstand gerade vor seine Nase, liess seine Greifbewegung unterdrücken und näherte, während er jenes Stückchen scharf fixirte, weit von rechts oder von links her ein zweites Mohrrübenstückchen. Fand diese Annäherung von der linken Seite des Affen her statt, so griff derselbe, sobald nur überhaupt ein Bild des zweiten Mohrrübenstückes auf seine Retinae entstand, sofort zu und nahm das Stück ab. Dagegen musste ich von der rechten Seite des Affen her das zweite Stück ganz dicht an das erste heranbringen oder oberhalb bez. unterhalb des ersten Stückes bis an die Verticale führen, welche durch das erste Stück ging, damit der Affe das zweite Stück bemerkte und nach ihm griff. Ob beide Augen offen waren, oder ob das rechte oder das linke Auge verklebt war, stets war das Ergebniss des Versuches dasselbe; und es trat auch in den 5 Wochen, während welcher ich den Affen beobachtete, keine Aenderung ein. An einem zweiten Affen, welchem ich die Rinde des rechten Hinterhauptslappens exstirpirt hatte, und den ich durch sieben Wochen nach der Operation prüfen konnte, war alles ebenso, nur dass statt der rechten die linke Gesichtsfeldhälfte fehlte. Der verticale Meridian, der durch die Mitte der Macula lutea oder die Fovea centralis geht, bildet demnach in jedem Auge die Grenzlinie, zu deren Rechten die Retina der rechten Sehsphäre, zu deren Linken sie der linken Sehsphäre zugehört.

Dass hinwiederum von jeder Sehsphäre bloss die laterale Hälfte mit der gleichseitigen und die mediale Hälfte mit der gegenseitigen Retina verbunden ist, das ist uns bereits im vorigen Jahre bekannt geworden, wo ich damit und mit den Erfolgen der kleineren Läsionen des Hinterhauptslappens den Nachweis erbrachte, dass beim Affen im wesentlichen dieselbe Projection der Retinae auf die Rinde der Hinterhauptslappen besteht wie beim Hunde, nur dass die laterale Partie der Retina, welche der gleichseitigen Sehsphäre zugehört, beim Affen viel grösser als beim Hunde ist. Ich habe es indess

nicht verabsäumt, auch an den neuen Affen noch viermal bloss eine seitliche Hälfte zu exstirpiren, immer indem ich ungefähr die sagittale Halbirungslinie der convexen Fläche des Hinterhauptslappens als Grenze nahm; und stets habe ich wieder einseitige Hemiopie erhalten, des gleichseitigen Auges, wenn die laterale Hälfte, des gegenseitigen Auges, wenn die mediale Hälfte der Sehsphäre entfernt war, während keinerlei Sehstörung des zweiten Auges bestand. In allen diesen Fällen habe ich dann weiter, nachdem die Wunde einige Zeit vernarbt war, noch die mit derselben Retina verknüpfte Hälfte der zweiten Sehsphäre exstirpirt, aber nur in einem Falle ist es mir geglückt, den Affen längere Zeit am Leben zu erhalten: dieser Affe, welchem die laterale Hälfte der linken und die mediale Hälfte der rechten Sehsphäre entfernt waren, war auf dem linken Auge so gut wie blind, er sah nur sehr schlecht mit der äussersten lateralen Partie der linken Retina, und das Sehen mit dem rechten Auge bot gar keine Abnormitäten dar.

Es ist demnach nicht zu glauben, was Hr. L. Mauthner meint und sogar als unzweifelhaft hinzustellen nicht Anstand nimmt, dass beim Menschen das gekreuzte und das ungekreuzte Faserbündel des Opticus nicht an räumlich getrennten Orten der Rinde ihren Ursprung nehmen, sondern die Ursprungsfasern und Ursprungszellen beider Bündel untereinandergewürfelt, durcheinandergemischt liegen. Da bei den verschiedenen Säugethieren schon die Leber, die Nieren, die Speicheldrüsen u. dergl. m. durchaus nicht vollkommen gleich gebaut sind und die Leber verschiedene Galle bereitet, die Nieren verschiedenen Harn abscheiden u. s. w., so liessen sich erst recht an der Sehsphäre Verschiedenheiten erwarten, und solche haben sich ja auch in der Verbindung derselben mit den Retinae herausgestellt. Aber wie die Leber doch im Princip überall von gleichem Bau ist, ebenso die Niere, und wie die erstere doch überall Galle bereitet, die letztere doch überall Harn abscheidet, so ist es auch nur anzunehmen, dass der Bau der Sehsphäre und ihre groben Leistungen, die ausschliesslich bisher Gegenstand der Untersuchung gewesen sind, bei den verschiedenen Säugethieren im Princip die gleichen sind. Erst auf die gewichtigsten Gründe hin würde daher ein Zweifel daran zulässig sein, dass die Projection der Retinae auf die Sehsphären, welche beim Hunde und beim Affen sich ergeben hat, auch beim Menschen besteht, zumal da die Sehsphären des Menschen und des Affen sonst noch mehr übereinstimmen als die des Affen und des Hundes. Hr. Mauthner jedoch stützt seine Behauptung bloss auf einige wenige Fälle umschriebener homonymer Defecte, von welchen ein Theil unvollkommen beobachtet ist, ein anderer Theil ohne weiteres die entgegengesetzte Deutung zulässt, und welche sämmtlich infolge des Fehlens des Sectionsbefundes für ein sicheres Urtheil unbrauchbar sind. Gerade umgekehrt ist denn auch schon zu gleicher Zeit Hr. Wernicke, wie wir im November v. J. hier gehört haben, auf Grund einer grösseren Anzahl genau beobachteter Defecte zu der Ueberzeugung gekommen, dass dieselbe Projection, wie beim Affen, auch beim Menschen sich findet.

Ueber die den Maculae luteae correspondirende Rinde habe ich nur wenige, aber recht interessante neue Erfahrungen gemacht. Ein Affe, welchem ich beiderseits die Rinde der convexen Fläche des Hinterhauptslappens soweit exstirpirt hatte, dass nur ein schmaler Streifen am vorderen und am äusseren Rande übrig war, glotzte wie der seelenblind gemachte Hund und fixirte auch in der Folge nie mehr, sah dabei jedoch alles; erst als ihm ein Auge vernäht war, zeigte es sich, dass er von den vorgestreuten Mohrrübenstückchen manche übersah, aber bloss in einer ersten kurzen Zeit, denn später bewegte er den Kopf vielfach hin und her und nahm alle Stücke der Reihe nach auf. Zwei andere Affen, an welchen in demselben Rindenbereiche kleinere, beiderseits gleiche Exstirpationen von 12—15 Mm. Durchmesser ausgeführt waren, fixirten nach wie vor. In dem einen dieser Fälle, in welchem die Exstirpationsstelle ungefähr die Mitte der Convexität einnahm, liess sich gerade so, wie ich es früher immer gefunden hatte, die Sehstörung bloss dadurch constatiren, dass der Affe in den ersten Tagen einzelne Mohrrübenstücke übersah oder beim Zugreifen verfehlte. In dem anderen Falle aber, in welchem die Exstirpationsstelle mehr nach hinten und auch etwas mehr nach innen gelegen war, machte sich die Sehstörung höchst auffällig dadurch bemerklich, dass der Affe jedesmal, wenn ich ihm ein Mohrrübenstückchen vorlegte, den Kopf rasch hin und her nach rechts und nach links bewegte, gerade wie ein Mensch der einen kleinen Gegenstand, den er fixirt nicht deutlich genug sieht; am dritten Tage nach der Operation hatten diese eigenthümlichen Kopfbewegungen sehr an Umfang abgenommen, am vierten Tage hatten sie ganz aufgehört, und nichts liess dann mehr eine Sehstörung erkennen. Es zeigen diese Versuche, dass die mit den Maculae luteae verbundene Rinde weit über die Convexität der Hinterhauptslappen verbreitet und — anders vermag ich das letzte Ergebniss nicht zu deuten — die den Foveae centrales correspondirende Partie jederseits in der hinteren Hälfte der Convexität gelegen ist. Was beim Hunde sich ergeben hat, dass die Retinastelle des deutlichen Sehens besonders gut in der Hirnrinde repräsentirt ist, einen verhältnissmässig grossen Theil der Sehsphäre für sich in Anspruch nimmt, das trifft demgemäss, wie es scheint, auch beim Affen zu; nur lassen hier die unzureichende Kenntniss der Grenzen der Sehsphäre einerseits und die verwickelte Faltung der Rinde des Hinterhauptslappens andererseits die wünschenswerthe Sicherheit vorerst noch nicht gewinnen.

Ich bin endlich noch der Frage nachgegangen, ob von den centralen Elementen, in welchen die Opticusfasern enden, diejenigen, welchen identische Netzhautpunkte zugehören, durch eigene Commissuren- oder Associationsfasern mit einander verbunden sind. Existirten solche Fasern, so mussten sie an der Convexität jedes Hinterhauptslappens quer von einer Seite zur andern nicht weit von der Oberfläche hinziehen, entweder noch im Rindengrau oder in der benachbarten weissen Substanz. Denn nicht nur weiss man, dass im allgemeinen im Grosshirn derartige Associationsfasern nahe der Oberfläche verlaufen und zwar desto näher derselben gelegen sind,

je kürzer sie sind, je kleiner der Abstand der Elemente ist, zwischen welchen sie die Verbindung herstellen; sondern es zeigen auch die Durchschnitte durch den Hinterhauptslappen des Affen, dass hier infolge der Faltungen der Rinde überall an die 1—2 Mm. dicke graue Schicht nur eine weisse Schicht von kaum der gleichen Dicke anstösst. Demgemäss spaltete ich beide Hinterhauptslappen des Affen derart, dass ich an jedem Lappen einen 4—5 Mm. tiefen Schnitt senkrecht zur Oberfläche in der sagittalen Halbirungslinie der convexen Fläche oder dieser Linie parallel etwas mehr nach innen durch die ganze Länge der Convexität führte. Drei solche Versuche stellte ich an, und jedesmal war das Ergebniss dasselbe: der Affe sah nach der Verletzung so wie zuvor, und insbesondere, was jeden Gedanken an das Vorhandensein von Doppelbildern ausschloss, kaum dass er aus der Narkose erwacht war, ja noch halb in der Narkose, und jederzeit später griff er nach dem kleinsten Mohrrübenstückchen immer mit derselben Sicherheit und fasste es mit derselben Feinheit wie vor der Verletzung. Damit ist von allen den Möglichkeiten, an welche seit Newton gedacht worden ist, wie es anatomisch begründet sein könne, dass die von zwei identischen Netzhautpunkten kommenden Erregungen zu einer einfachen Erregung bez. Empfindung verschmelzen, auch die letzte Möglichkeit — Johannes Müller's Schleife zwischen den centralen Enden der beiden Opticusfasern, welche mit identischen Netzhautpunkten verknüpft sind — beseitigt; und so lehrt auch die Verfolgung der Sehsinnsubstanz, was längst schon Hr. Helmholtz anderweitig aus Erscheinungen des binocularen Sehens erschlossen hat, dass von den beiden Retinae her doppelte Lichtempfindungen entstehen, und dass es nur den höheren Functionen der Sehsphären zuzuschreiben ist, wenn trotzdem mit beiden Augen einfach gesehen wird. Selbst dass die identischen Netzhautpunkte mit derselben Grosshirnhemisphäre verbunden und derselben Sehsphäre zugeordnet sind, kann mit dem binocularen Einfachsehen nichts zu schaffen haben. Denn nicht bloss findet sich jene Verbindung bei Thieren mit kleinerem gemeinschaftlichen Gesichtsfelde, wie beim Hunde, nicht regelmässig wieder; es wird auch, wie mit beiden Augen einfach gesehen, so mit beiden Ohren einfach gehört, und doch sind, wie ich neulich nachwies, die peripheren Endelemente jedes Acusticus einzig und allein mit den schallempfindenden centralen Elementen der gegenseitgen Hörsphäre verknüpft.

---

399) **Die VI. Wanderversammlung der Süddeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 21. und 22. Mai 1881.***)

1. Es hielten Vorträge: Prof. Dr. Fürstner und Dr. Zacher (Heidelberg):

Ueber eine eigenthümliche Bildungsanomalie von Hirn und Rückenmark.

Prof. Fürstner berichtet über einen Fall von Entwicklungs-

*) Statt eines Originalberichtes über die Versammlung, der uns zwar versprochen aber nicht eingesendet wurde, geben wir unseren Lesern ein Referat über die soeben veröffentlichten Verhandlungen, wobei wir uns jedoch auf die rein neurologisch-psychiatrischen Vorträge beschränken. D. Redaction.

anomalie in Hirn und Rückenmark mit späterer secundärer Erkrankung beider Organe, mit Demonstration des betreffenden Gehirns; Dr. Zacher erläutert die Veränderungen im Rückenmark durch Abbildungen und mikroskopische Präparate.

Eine ausführliche Arbeit hierüber wird erscheinen, hervorgehoben sei hier nur, dass im Hirn ein hochgradiger Defect des linken Stirnlappens in allen, ganz besonders aber in seiner dritten Windung bei völligem Freiliegen der Insel constatirt wurde, dass Patient niemals aphasisch, aber von jeher linkshändig war. Das Rückenmark zeigte bei einfachem Wirbelcanal im Lendentheil eine totale Doppelbildung, während es in den übrigen Partien viefach gestaltet war. Als ätiologisches Moment für die spätere Erkrankung beider Organe musste Arbeit in Caissons angesehen werden.

2. Prof. Dr. Fürstner (Heidelberg): *Weitere Mittheilung über einseitige Bulbuszerstörung.*

Vortragender berichtet im Anschluss an eine im Jahre 1879 der Versammlung gemachte kurze Mittheilung über den Einfluss einseitiger Bulbuszerstörungen bei neugeborenen Hunden auf die Entwicklung der Hemisphären über die Resultate einer weiteren Versuchsreihe. Im Gegensatz zu den Angaben Munk's und Vulpian's liess sich in *keinem* von 15 Versuchen, obwohl die Thiere bis $1^1/_4$ Jahre nach der Läsion lebten, eine Atrophie des gekreuzten Hinterhauptslappens constatiren, bei 10 Hunden bestand allerdings eine Differenz, die sich aber über die ganze Hirnpartie von der Spitze des Hinterlappens bis zur Uebergangsstelle der zweiten Scheitelwindung in den Gyrus postfrontalis erstreckte; die Verschmälerung war an dieser Stelle am deutlichsten; bei 4 Hunden war überhaupt kein Unterschied in der Grösse der Hemisphären (Gudden's Ansicht), bei einem war die Verkleinerung auf Seite der Läsion. Fürstner hebt hervor, dass die Zeichnungen Vulpian's auch nur die oben beschriebene Differenz, keineswegs aber eine Atrophie des Hinterlappens darstellten. Die mikroskopische Untersuchung der Hinterlappen und auch der vorderen Partien ergab keinen Anhaltspunkt für das Vorhandensein einer Atrophie.

An vielen, durch die Vierhügel mehrerer Hunde, bei denen nur das vordere Bulbusdrittel zerstört war, gelegten Schnitten, war ein Zurückbleiben des Oculomotoriuskerns auf der Seite der Läsion unverkennbar. Der ausführliche Bericht wird gleichfalls erscheinen.

3. Prof. Dr. Schulze (Heidelberg) stellt eine 33jährige Näherin aus der Clientel des Herrn Hofrath v. Dusch in Heidelberg vor, welche an *Tetanie* leidet, und bei welcher v. Dusch die jüngst von Chvostek in Wien besprochene erhöhte mechanische Erregbarkeit der beiden Nn. faciales fand.

Vortragender demonstrirt diese abnorm erhöhte Erregbarkeit, welche sich am Tage der Vorstellung nur auf die unteren Facialiszweige beschränkte und wies nach, dass es sich dabei nicht um Reflexerscheinungen von der Haut aus handle, da weder Kitzeln der Haut, noch leises Klopfen neben den Nervenstämmen und ausserhalb

der sogenannten electrischen Punkte und Linien Zuckungen in den betreffenden Muskeln auslöst.

Hand in Hand mit der erhöhten mechanischen Erregbarkeit ging eine Erhöhung der elektrischen; auch in den Armnerven war sowohl die mechanische als die elektrische Erregbarkeit gesteigert.

Bemerkenswerth ist bei der Kranken die Monate lange Dauer des Phänomens und ausserdem das Fehlen der Patellarreflexe ohne sonstige Erscheinungen einer Tabes incipiens.

Permanenter Druck auf die Facialisstämme erzeugte das Phänomen nicht.

Redner wendet sich zuletzt gegen die Behauptung von Weiss, dass das geschilderte Symptom bisher nur bei der Tetanie gefunden sei und macht darauf aufmerksam, dass bei Gesunden fast stets beim Klopfen auf die untere Partie des Os zygomaticum eine Contraction des Zygomaticus major eintrete, die aber weder als eine directe Nervenreizung noch als Reflex aufzufassen sei, sondern als eine Muskelreizung. Auch bei peripherer Facialislähmung bleibt sie bestehen, wenn die elektrische Nervenerregbarkeit völlig erloschen, die Muskelerregbarkeit dagegen noch erhalten ist.

4. Geheimrath Prof. Dr. Friedreich (Heidelberg): *Ueber Paramyoklonus multiplex.*

Unter dieser Bezeichnung macht Vortragender Mittheilung über einen eigenthümlichen Fall klonischer Krämpfe an bestimmten symmetrischen Muskeln der oberen und unteren Extremitäten, welche in Folge eines Schreckes bei einem 50jährigen Manne entstanden und nach mehrjähriger Dauer spontan sich zurückbildeten.

5. Prof. Dr. Jolly (Strassburg): *Ueber Veränderungen des Körpergewichts nach epileptischen Anfällen.*

Vortragender berichtet über Untersuchungen, die in seiner Klinik von Herrn Lehmann angestellt wurden zur Prüfung der Angabe Kowalewsky's, dass *nach jedem epileptischen Anfalle das Körpergewicht erheblich* abnehme. Es wurden in Strassburg bis jetzt an 14 männlichen und 14 weiblichen Epileptikern 4 Wochen lang täglich und nach Umständen mehrmals im Tage wiederholte Wägungen vorgenommen. Dabei stellte sich heraus, dass allerdings hie und da innerhalb der ersten 24 Stunden nach dem Anfall eine Abnahme von 1—3 Pfund stattfindet, dass aber diese Abnahme eine rein zufällige sein muss, indem 1. bei denselben Kranken nach andern nicht minder schweren Anfällen keine Abnahme, zuweilen sogar eine beträchtliche Zunahme eintrat, indem 2. bei der Mehrzahl der Kranken überhaupt keine Gewichtsänderung nach dem Anfall sich einstellte, gleichviel, ob die Erkrankung frisch oder alt und ob die Anfälle stark oder schwach waren (auch ein Fall von Status epilepticus ohne Gewichtsabnahme wurde beobachtet); 3. ergab sich, dass bei allen untersuchten Kranken zu Zeiten, in denen sie frei von Anfällen waren, und ebenso bei einigen Gesunden bei täglich zu gleicher Stunde vorgenommener Wägung Schwankungen des Körpergewichts um $^1/_2$—1 Pfund sehr häufig vorkamen, bald im negativen, bald im positiven Sinne. Vielleicht ist Kowalewsky durch

diese zufälligen Schwankungen getäuscht worden, jedenfalls aber ist seine Behauptung, dass nach jedem epileptischen Anfalle Abnahme des Köpergewichts eintrete, ebenso wie die daran geknüpften Folgerungen unhaltbar.

6) Dr. Stilling (Strassburg)): *Ueber Chiasma und Tractus opticus.*

Vortragender demonstirt Präparate vom Chiasma und dem Tractus opticus. Die ungekreuzten Bündel sind die zahlreichsten, dann die der beiden Commissuren, am schwächsten die gekreuzten Bündel. Letztere liegen in den ungekreuzten wie in einer Hohlrinne. Die vordere Commissur findet sich auch bei Thieren, beim Hunde sehr deutlich. Diese Commissur nimmt hauptsächlich die obere, die hintere Commissur die untere Oberfläche des Chiasma ein. Die hintere Commissur lässt sich verfolgen zum Corpus geniculatum laterale, mediale, den Vierhügeln und der Radix descendens, wohin auch gekreuzte und ungekreuzte Bündel gehen, gehört also anatomisch und jedenfalls physiologisch zum Tractus. Auf das Tectum opticum des Thalamus hat Vortragender sie nicht verfolgen können. Die Radix descendens zerfällt in zwei Aeste; der stärkere geht unter dem Corpus genic. mediale in die Schleife über und lässt sich in die Olive verfolgen, der andere schwächere löst sich in dem Pons Varoli auf (was Vortragender an *Zerfaserungspräparaten* demonstrirt). Im Sehnerven liegen die Fasern keineswegs so, wie man verschiedentlich schematisch sich vorzustellen versucht hat. Die Commissurfasern, die gekreuzten und ungekreuzten liegen vielmehr auch im Innern des Sehnerven dicht bei einander.

7. Dr. Baumgärtner (Baden): *Ueber das Vorkommen epileptischer Anfälle während der Chloroformnarcose.*

Die Beobachtungen des Vortragenden beziehen sich auf zwei Individuen. Ein kräftiger Arbeiter, 26 Jahre alt, liess sich mehrmals seinen während eines epileptischen Anfalles subcoracoidal luxirten rechten Oberarm einrichten. Fünf Mal kam es vor, dass derselbe, sobald die Narcose vollständig war, plötzlich einen epileptischen Anfall von nahezu $^3/_4$ Minuten Dauer bekam, nach dessen Ablauf der Arm eingerichtet wurde. Das erste Mal trat der Anfall auf im Momente, als der Arm angezogen wurde, die folgenden Male, — es wurde absichtlich zugewartet, ob der Anfall nicht ohne äusseren Reiz auftrete — mit vollendeter Narcose. — Nach kurzer Starre stellten sich die klonischen Krämpfe ein, die Fäuste ballten sich, etwas Schaum trat vor den Mund. Der darauf folgende Schlaf war von kurzer Dauer; Patient konnte gewöhnlich nach 20 Minuten weitergehen. Als er das letzte Mal zur Einrichtung des Armes kam, blieb der Anfall aus. Ein anderer Epileptiker bekam gewöhnlich jeden 2. Tag seinen Anfall. Er wurde wiederholt an dem präsumtiv anfallfreien Tage chloroformirt. Mitten in ruhiger Narcose warf es ihn plötzlich vom Operationstische auf, er musste schleunigst zu Boden gelegt werden und verfiel in die heftigsten Krämpfe, ohne Schaum vor dem Munde; der Anfall dauerte 4 Minuten lang. Das erste Mal hätte man glauben können, es sei Druck auf eine Narbe,

die er auf die Stirn trug (sie rührte von einer Verletzung während eines Anfalles her), die Veranlassung zum Anfalle gewesen; die folgenden Male bekam er den Anfall, ohne berührt worden zu sein.

Es scheint dem Vortragenden, dass bei diesen Patienten die Gehirnanämie während der Narcose genau den Grad erreiche, der auch sonst bei ihnen den epileptischen Anfall zur Folge habe. Nur ein Epileptiker werde während der Chloroformnarcose in einen epileptischen Anfall verfallen, die sonst durch die Narcose eintretende Gehirnanämie werde, selbst bei längerer Dauer, einen solchen nicht auszulösen vermögen. Eine Patientin, der ein grosser Faser-Kropf von 394 Grm. exstirpirt wurde, habe eine Narcose von $4^1/_2$ Stunden Dauer ohne irgend welche krampfhafte Erscheinungen gut vertragen.

Der Vortragende bespricht dann die verschiedene Aetiologie der Gehirnanämie in den beiden Zuständen.

8. Prof. Dr. Schultze (Heidelberg): *Zur Lehre von der acuten aufsteigenden Paralyse.*

Der Vortragende berichtet über einen Fall von acuter aufsteigender Paralyse mit Veränderungen der electrischen Erregbarkeit, dessen Krankengeschichte ihm von Herrn Dr. Schulz in Braunschweig mitgetheilt wurde. Die Publication des Vortrags wird in extenso in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Schulz erfolgen.

9. Dr. Th. Rumpf (Düsseldorf): *Ueber die Einwirkung der Lymphe auf die Centralorgane.*

Der Vortragende fasst die Resultate seiner Experimente in folgenden Sätzen zusammen:

1. Zur Erhaltung der Centralorgane genügt nicht allein ein Erhaltenbleiben der normalen Circulation, sondern es ist auch eine ständige Verbindung mit den von ihnen abgehenden Bahnen erforderlich.

2. Wird diese Verbindung vollständig unterbrochen, so resultirt daraus der Untergang der Centralorgane, der sich zum Theil durch die Einwirkung der Lymphe vollzieht.

3. Werden nur einzelne Bahnen unterbrochen, so können die anderen zeitweise oder event. auch dauernd vicariirend eintreten.

4. Die Verbindung mit den motorischen Bahnen genügt zum Erhaltenbleiben des Rückenmarks wenigstens längere Zeit.

Da nun diese Ergebnisse sich weder durch Atrophie nach Nichtgebrauch, noch durch Störungen der Circulation vollständig erklären lassen, so glaubt der Vortragende, dass es sich hier um eine Erhaltung der Centralorgane von Seiten der Peripherie handelt, die er hauptsächlich den motorischen Bahnen zuschreiben muss, wie ja auch Kühne aus Versuchen an curarisirten Thieren und Vortragender in Folge der Ergebnisse der doppelten Durchschneidung der Nervenfaser schon früher zu dem Resultat gekommen sind, dass von den Nervenendplatten aus eine ständige Ernährungsströmung in centripetaler Richtung verlaufe.

Zum Schluss schlägt Vortragender vor, diese centripetalen Erregungen im Gegensatz zum Tonus seitens des Centrums auf die Muskulatur als Retrotonus zu bezeichnen.

10. Dr. von Hoffmann (Baden): *Zwei Fälle von Nervendehnung am Kopfe.*

Ein kräftiger, sonst gesunder Mann von 44 Jahren, Färber seines Zeichens (hat jedoch stets nur mit Indigo gefärbt), bekam in seinem 16. Lebensjahre ein heftiges Wechselfieber, an dem er etwa $^1/_4$ Jahr gelitten haben will. Bald darauf stellten sich plötzliche blitzartige Schmerzen in der linken Gesichtshälfte ein, die jedoch viele Jahre hindurch nur sehr selten auftraten. Erst vor 12 Jahren sah sich der Patient veranlasst, ärztliche Hilfe dagegen zu suchen. Es wurden Chininpulver, Arsenik und Elektricität gebraucht, jedoch ohne Erfolg. Vor zwei Jahren wurde von seinem Arzt der Versuch gemacht, den immer heftiger auftretenden Schmerzen vermittelst Durchschneidung des N. infraorbitalis entgegenzutreten, jedoch auch blieb dies erfolglos. Die Backenzähne des Unterkiefers waren links nach und nach bis auf einen schon alle entfernt, weil der Schmerz sich öfter an ihnen „festzusetzen" pflegte. Seit 2 Jahren hatte der Patient nichts mehr gebraucht, war aber bei fortwährender Steigerung der Schmerzen vollständig verzweifelt und zu jedem operativen Eingriff bereit. Die Anfälle traten bei seiner ersten Vorstellung etwa alle 3—5 Minuten auf und waren in der letzten Zeit auch Nachts mit kurzen Unterbrechungen vorhanden, so dass der Schlaf alle Augenblicke gestört war. Während der Anfälle röthete sich die ganze linke Gesichtshälfte. Die Venen der Stirn und Schläfe traten deutlich hervor, die Gesichtsmuskeln, namentlich am unteren Augenlide, zuckten vibrirend, die Zähne wurden fest aufeinandergebissen, mit Zunge und Backe schnalzende Saugebewegungen ausgeführt, und der Kopf dann von Zeit zu Zeit in brüsker Weise nach der linken Schulter herumgeworfen, weil öfter bei dieser willkürlich ausgeführten Bewegung der Schmerz plötzlich verschwand, um dann nach einigen Minuten, langsam ansteigend, wiederzukehren. Die Pulscurve zeigte während der Anfälle zuerst Kleinerwerden der Ascensionslinie, Mangel an Elasticitätsschwankungen der Descensionslinie, während kurz nach dem Anfalle die Ascensionslinie etwas höher wird, die Descensionslinie lange wagerecht in gleicher Höhe verläuft, um erst kurz vor der neuen Ascension bis zum Fuss derselben abzufallen. Also zuerst Gefässkrampf mit nachfolgender bedeutender Gefässerschlaffung.

Am 4. Januar wurde die Dehnung des N. infraorbitalis in tiefer Chloroformnarcose ausgeführt. Der Schnitt hierzu wurde im leichten Bogen den Fasern des Orbicularis palpebrarum folgend, geführt, der Nerv dann frei präparirt und mit einem stumpfen Haken langsam gedehnt und wenigstens $1^1/_2$ Ctm. lang aus dem Forarmen infraorbitale hervorgezogen. Dass er endlich genügend gedehnt war, zeigte das Ruhigwerden des Patienten, welcher in tiefster Chloroformnarcose sich wie rasend geberdete, als die ersten Tractionen zur Dehnung des Nerven gemacht wurden. Die Wunde welche antiseptisch behandelt wurde, heilte im Verlaufe von 7 Tagen vollkommen. — Die Schmerzen waren gleich nach der Operation im Gebiete des Infraorbitalis, wo sie in der letzten Zeit am heftigsten gewesen waren, vollständig verschwunden und hatten einer Hautanäs-

thesie Platz gemacht; dagegen traten sie mit zunehmender Heftigkeit im Gebiet des Maxillaris inferior auf und waren durch kein Mittel zu mässigen. So musste 7 Tage nach der Operation zur Dehnung und Zerreissung des N. maxillaris inferior geschritten werden. Dem Unterkieferrande folgend, wurde an dessen Winkel ein Schnitt bis auf den Knochen geführt, die Weichtheile mit dem Periost auf beiden Flächen des Kiefers zurückpräparirt, der Winkel mit der Knochenscheere resecirt, und nun die Lingula, hinter welcher der Nerv in den Knochen tritt leicht gefunden. Der bei herabhängendem Kopf in der Tiefe quer durch die Wunde ziehende Nerv, neben welchem ein zweiter Nerv von etwa gleicher Dicke (Glossopharyngeus) sichthar war, wurde mit dem stumpfen Haken gefasst, gedehnt und zerrissen ebenso mit dem daneben liegenden Nerven verfahren. Die Heilung der antiseptisch gehaltenen Wunde dauerte 14 Tage. Die Schmerzanfälle waren aber nach der Operation nicht verschwunden, obwohl an der linken Seite des Kinnes und der linken Unterlippe, sowie am Zahnfleisch des linken Unterkiefers vollständige Anästhesie eingetreten war, welche auch heute noch besteht.

In den nächsten Tagen wurden die Schmerzanfälle geradezu unerträglich, Morphium brachte keine Ruhe und machte dem Patienten so übel und unwohl, dass er lieber die Schmerzen aushalten wollte. Chinin in grossen Dosen half nichts. Zuletzt wurde nur Sol. Fowleri 5 Tropfen täglich gegeben und bei fortschreitender Heilung der Wunde der Patient angehalten, kein Wort zu sprechen und sich absolut ruhig zu verhalten, da Unruhe und Sprechen den Schmerz hervorrief. Auf seinen Wunsch wurde noch das Zahnfleisch an der schmerzhaften Stelle des Kiefers gespalten, der letzte Backzahn extrahirt, und als sich das Zahnfleisch hinter demselben wie eine schwielige Narbe verdickt fand, auch diese excidirt. Alles dieses übte auf die Anfälle keinen merklichen Einfluss aus. Dieselben wurden aber mit zunehmender Heilung der Wunde von selbst seltener. Am 12. Tage stellte sich ruhiger Schlaf ein und am 14. Tage nach der Operation hatte er den letzten der Schmerzanfälle, welche sich bis jetzt, also 4 volle Monate, nicht wieder einstellten. Sol. Fowleri wurde noch ein Monat lang weiter genommen. Die einzige geringe Unbequemlichkeit, welche dem Patienten geblieben, ist die, dass die Kiefer nur $1^1/_2$ Ctm. weit geöffnet werden können.

Der zweite Fall von Nervendehnung betrifft eine kräftige, sonst gesunde, jetzt im 7. Monat der Schwangerschaft stehende Müllersfrau von 35 Jahren. Dieselbe hat in ihrer jetzt 10 jährigen Ehe 5 Mal geboren. Das älteste Kind, 1872 geboren ist gesund und gut entwickelt. Darauf folgten 1873 Zwillinge. Bald nach dieser Geburt stellte sich aber bei der Frau eine als „Fieber“ bezeichnete Krankheit ein, deren wahre Natur aus der Anamnese nicht zu diagnosticiren ist, aber doch die meiste Aehnlichkeit mit einem Wechselfieber hat. Es sollen alle Tage und auch an einzelnen Tagen wohl 2mal Frostanfälle aufgetreten sein, denen jedoch keine ausgesprochene Hitze, wohl aber Kopfschmerz, schwerfälliges Denken und zeitweilige Melancholie gefolgt sein sollen.

Dieses sogenannte „Fieber“ dauerte angeblich 3 Jahre lang fort, bald schwächer, bald stärker. Jedes Mal nach den in diese Zeit fallenden Geburten wurde es wieder schlimmer. Als das Fieber verschwand, traten erst selten, dann immer häufiger werdende krampfhafte Zuckungen der rechten Gesichtshälfte ein, namentlich wurde das Auge in belästigender Weise zugekniffen. Dieser Zustand verschlimmerte sich trotz grosser Dosen Chinin, trotz Arsenik bis zur Intoxication und ungeachtet einer in der Strassburger Klinik vorgenommenen elektrischen Behandlung derart, dass die Patientin operirt zu werden wünschte. — Interessant ist, dass die drei in der Zeit ihrer Krankheit geborenen kräftigen Kinder, welche sie selbst nährte, 20, 36 und 43 Wochen nach der Geburt, wie angegeben wird nicht an Krämpfen, sondern an Auszehrung rasch gestorben sind. Die vorher kräftigen Kinder magerten kurz vor dem Tode rasch ab und starben trotz aller Behandlung unter heftiger Unruhe und vielem Weinen.

Bei der ersten Vorstellung der Patientin zuckten alle Muskeln der rechten Gesichtshälfte, namentlich die Augenlider derart, dass das Auge nicht geöffnet und auch nur undeutlich gesprochen werden konnte. Der Anfall dauerte oft $1/4$ Stunde lang, um nach einer Pause von 5—10 Minuten in verschiedener Stärke und Dauer wiederzukehren. Dass in den freien Intervallen die rechte Gesichtshälfte entschieden grösser aussah als die linke, hatte seinen ganz wohl ersichtlichen Grund in einer Parese der vom rechten Facialis versorgten Muskulatur. Das Auge konnte aber willkürlich geschlossen und die Lippen zum Pfeifen gespitzt werden.

Vortr. liess der Patientin aus dem rechten Unterkiefer einige cariöse Zahnwurzeln entfernen und gab ihr an, öfters bei den Anfällen auf das Foramen infraorbitale zu drücken, weil bei Druck auf den N. infraorbitalis der Anfall einige Male aufgehört hatte.

Da die drei aus der Literatur zu Gebote stehenden Fälle von Dehnung des N. facialis keine sehr ermuthigenden Resultate gehabt zu haben schienen (Baum in Danzig hatte danach eine Lähmung, Schüssler in Bremen danach eine Parese und ein englischer Arzt Dr. Sturge bei einer 72jährigen Dame erst Lähmung von 2 Monaten, dann Parese zu verzeichnen), so entschloss Vortr. sich, zuerst die Dehnung des N. infraorbitalis vorzunehmen, weil es nahe lag, den Ursprung des Reflexes in seiner Verzweigung zu suchen, denn bei Druck auf denselben wurde der Krampf geringer oder verschwand auch ganz.

Als Vortr. den Nerv noch an Weichtheilen umgeben, also noch nicht ganz frei präparirt, etwas mit dem dann untergeschobenen stumpfen Haken anzog, zerrissen die Weichtheile, und der Nerv wurde ebenfalls zerrissen, aber hoch oben in seinem Knochencanal, so dass $2^1/_2$ Cm. des sich als ganz gesund erweisenden Nerven exidirt wurden. Die Blutung war eine geringe und wurde durch die Naht und geringe Compression gestillt. Die Anfälle schienen in den ersten Tagen nach der Operation verringert zu sein, kehrten dann aber eher heftiger als vorher wieder, so dass sich die Patientin leicht zur Dehnung des N. facialis bereit fand, welche 6 Tage nach der

ersten Operation, am 28. März, gleich den übrigen Operationen unter gütiger Assistenz des Herrn Dr. Schliep, vorgenommen wurde.

Es gelang nur den Theil des Facialis freizulegen, welcher die Muskeln des Auges, der Nase und der Oberlippen vorsorgt; der in der Tiefe abgehende Ast, welcher das Platysma myoides, den Levator mentae und die Unterlippe versieht, wurde nicht gedehnt, und zuckten diese Muskeln nach der Operation weiter. Nach Aussage der Patientin zucken diese Muskeln zwar jetzt nicht, man nimmt aber augenblicklich, wo die Patientin etwas erregt ist, fibrilläre Zuckungen in dieser Gegend wahr, während das ganze obere Gesicht ruhig bleibt.

Eine leichte Parese der rechten Gesichtshälfte, wie sie jetzt noch wahrzunehmen ist, war gleich sichtbar nach der Operation (wie auch vor derselben in den Augenblicken der Muskelruhe). Das Auge wird willkürlich geschlossen, und ebenso kann der Mund zum Pfeifen zugespitzt werden, wenn auch die linke Seite dabei mehr thätig ist als die rechte. Jedenfalls ist die Parese nicht stärker als solche schon vor der Operation in den krampffreien Pausen bestand. Auf der ganzen rechten Backe werden jetzt leichte Nadelstiche gut localisirt, was nach der ersten Operation unmöglich war. Wie sich der weitere Verlauf gestaltet, bleibt abzuwarten.

(Schluss folgt.)

---

400) **A. Reumont** (Aachen): Syphilis und Tabes dorsalis.

(Verlag von J. A. Mayer. Aachen 1881.)

Es war ein dankenswerthes Unternehmen von Reumont, die im Verlaufe vieler Jahre beobachteten Fälle von Tabes zu sichten und somit einen Beitrag zur Tagesfrage zu liefern, ob die Syphilis bei der Tabes eine ätiologische Rolle spiele oder nicht. Wie der Verf. in der Einleitung betont, stellt er sich auf den Standpunkt des Practikers, dem in einem in grosser Menge von Luetischen besuchten Badeorte gewiss ein Urtheil in dieser Frage zusteht. Wenn auch in allerneuester Zeit die Aufmerksamkeit mehr auf die Nervendehnung gelenkt worden ist, so darf man doch nicht verkennen, dass dieselbe sicher nicht in allen Fällen anzuwenden sein wird und dass das Studium der Aetiologie uns schon oft den Fingerzeig für die Therapie gegeben hat. Was die Monographie selbst anlangt, so beginnt dieselbe mit einer geschichtlichen Einleitung, um dann auf den wichtigsten Punkt in dieser Frage, auf die Statistik überzugehen. Wir setzen die von früheren Autoren gegebenen Daten als bekannt voraus und erwähnen nur die vom Verf. beobachteten Zahlen. Unter 3400 an Syphilis behandelten Fällen litten 290 (ca. 8,50%) an Affectionen des Nervensystems. Von diesen 290 Fällen litten an Affectionen des Rückenmarks, ausschliesslich der Tabes, 69 (ca. 24% und 2% von der Gesammtzahl), an tabischen Erscheinungen 40 (ca. 14,4% und 1,6% der Gesammtzahl). Letztere Zahl ist aber wohl zu gering gegriffen, da die Beobachtungen bis in die Mitte der 50er Jahre zurückreichen und nur die Fälle mit Ataxie etc. dahin gerechnet sind. Aus dem Capitel der bisherigen Curre-

sultate erfahren wir, dass zwar von Heilungen der Tabesfälle, die auf Syphilis beruhen sollen, noch spärlich die Rede ist, hier aber bei der Neuheit der ganzen Sache, bei der neuerdings erst in Aufnahme gekommenen streng specifischen Behandlung nicht anders möglich sein kann. Gewiss sind auch viele Fälle von Tabes unter Hirnsyphilis früher als geheilt beschrieben. Was die Prognose anbetrifft, so ist dieselbe nach R. relativ günstig 1) wenn die Syphilis dem Auftreten der ersten tabischen Symptome eine kürzere Zeit vorangegangen ist, namentlich aber wenn noch syph. Symptome bestehen 2) wenn ein atypischer Beginn oder Verlauf der Tabes constatirt wird. 3) wenn im Beginn einer specif. Cur eine Besserung der tab. Symptome, wenn auch nur einzelner eintritt. (Was übrigens den letzten Punkt angeht, so könnte man doch mancherlei Täuschungen 'ausgesetzt sein, da Besserungen einzelner Symptome nicht gar so selten ohne alle Behandlung und bei der verschiedenartigsten eintreten. Ref.)

Die Behandlung bestand in früheren Jahren vorzugsweise in Jodkalium und dem Zittmann'schen Decoct (sine mercurio), später in der Sigmund'schen Schmierkur, wie sie hier in Aachen üblich ist, meistens in Verbindung mit Jodkali und Bädern. Von den 40 tab. Fällen mit syphilit. Antecedentien scheidet Verf. 4 wegen ungenügender Aufzeichnung aus und von den 36 werden geheilt 2 Fälle ($5^2/_3$%) gebessert 13 Fälle (37% — durch einen am Schluss erwähnten gebesserten — Fall steigt die Zahl auf 40%) 4 mit typischem, 9 mit atypischem Beginn, ohne Erfolg behandelt 21 Fälle (58%) 19 mit typischem, 2 mit atypischem Beginn.

Nur in solch' weit vorgeschrittenen Fällen, wo entweder eine luet. Infection ungewiss ist oder wo andere aetiologische Momente mit positiver Gewissheit in den Vordergrund treten, namentlich wenn die Kräfte des Kranken darniederliegen und keine luet. Symptome mehr bestehen, soll man von einer merkuriellen Behandlung abstehen.

Im zeitlichen Auftreten der ersten tabischen Symptome nach stattgefundener Infection zeigen sich folgende Verhältnisse:

1 u. 5	Jahren	in	10 Fällen
6 u. 10	„	„	7 „
11 u. 15	„	„	9 „
in 16	„	„	1 „
unbekannt	„	„	9 „
			36 Fälle.

Bei Erb kamen die meisten Fälle zwischen dem 6. und 10. Jahre, bei R. zwischen dem 2. und 5. Jahre vor.

Die in mancher Beziehung interessanten Fälle selbst möge man im Originale nachlesen. Goldstein (Aachen).

---

401) **Deecke**: The Condition of the Brain in Insanity.

(American Journal of Insanity. vol. XXXVII. Nro. IV. pag. 361.)

Es darf als unzweifelhaft gelten, dass der psychophysische Apparat, welcher bei der rein geistigen Thätigkeit betheiligt ist, seinen

Sitz in der grauen Substanz der Hirnwindungen hat; ob und wie die einzelnen Functionen, wie Vorstellungsvermögen, Gedächtniss etc. auf einzelne Regionen localisirt ist, darüber wissen wir Nichts. Die diesbezüglichen Experimente betreffen immer zugleich die Marksubstanz; auf die graue Substanz beschränkte Herderkrankungen waren entweder mit keinen Störungen oder solchen der ganzen intellectuellen Sphäre verbunden.

Das Gehirn geisteskrank Gestorbener bietet das Bild der Atrophie im weiteren Sinne dieses Wortes. Diese Atrophie ist auf Ernährungsstörungen zurückzuführen, und palpable Veränderungen der Hirngefässe bilden deshalb die erste anatomische Anomalie. Einerseits finden wir Verdickung des Endothel und Verengerung der Gefässe, bis zur Behinderung des Stoffwechsels und Stauungen in den betroffenen Geweben, (so gewöhnlich bei der Melancholie); andererseits finden wir wieder Gefässerweiterungen und damit verbundene bedeutende Schwankungen im Blutgehalt der betreffenden Gewebe, (wie gewöhnlich bei maniacalischen Erregungszuständen)

Die Ursachen dieser Gefässstörungen sind entweder primärer, nämlich rein nervöser (sympathischer) Natur und sind dann auf lebhafte Gemüthserregungen oder Reflexerregungen von erkrankten Organen her zurückzuführen; oder sie sind auf Allgemeinerkrankungen zurückzuführen und zwar sind es dann entweder: 1) eine fehlerhafte Blutmischung wie bei allen Formen von Chlorose und Anämie, bei acuten febrilen Processen, bei Infections- und Intoxicationskrankheiten, oder 2) tuberculöse Gefässerkrankung, oder 3) syphilitische Gefässerkrankung.

Die durch so entstandene Ernährungsstörungen herbeigeführten Veränderungen der Gewebe können sog. functionelle oder organische sein; D. versteht unter ersteren nicht sowohl chemisch pathologische Processe als vielmehr Veränderungen der betreffenden Formelemente, die sich nur im Gegensatze zu den sog. organischen, unserer Beobachtung bei den unzureichenden Mitteln und Methoden entziehen.

Die Frage, welches Gewebe nach der Gefässveränderung zunächst betroffen wird, ob Nerven- oder Neuroglia-Gewebe, glaubt er dahin beantworten zu können, dass das wenigstens bei primären und acuten Formen des Irreseins die Nervenzellen der Rinde sind.

D. sucht nunmehr zu entwickeln, wie man sich etwa durch Annahme von Localisation der einzelnen geistigen Thätigkeiten die Entstehung verschiedener physiologischer und pathologischer Gesammtleistungen das Gehirn vorzustellen habe. Er construirt ein Schema, in dem er durch Zirkel die einzelnen Thätigkeiten: Wille, Urtheils- und Vorstellungsvermögen, Gedächtniss etc. darstellt, und annimmt, dass diese mit einander direkt und indirekt verbunden sind; durch Ausschaltung einzelner dieser Leitungsbahnen sucht D. auf scharfsinnige Weise einzelne Leistungen des Gehirns z. B. den Schlaf, geistige Erkrankungsformen zu erklären.

Waehner (Creuzburg).

III. Verschiedene Mittheilungen.

402) Aus Holland. Folgende kurze statistische Mittheilungen über unsere Irrenanstalten dürften für die Leser des Centralblattes von Interesse sein.

In der Provinz Nord-Holland sind 2 Anstalten: Meerenberg und Amsterdam. Erstere ist Provinzialstiftung, letztere Privatstiftung für jüdische Kranke. In Meerenberg waren am 1. Januar d. J. 817 Kranke; Director ist Dr. Persyn mit 3 Assistenten. In Amsterdam waren 141 Kranke; Director ist Dr. de Jong.

In der Provinz Südholland sind 4 Anstalten:

Delft, Gemeindestiftung, am 1. Januar d. J. 310 Kranke, Direct. Dr. v. d. Swalme, 1 Ass.-Arzt. Dordrecht, Gemeindestiftung, am 1. Januar d. J. 251 Kranke, Direct. Dr. von der Chys. Rotterdam, Gemeindestiftung, am 1. Januar d. J. 189 Kranke, Direct. Dr. Halbertsma. s'Gravenhage, Gemeindestiftung, am 1. Januar d. J. 153 Kranke, Direct. Dr. Eikendahl.

Provinz Nord-Brabant: Hertogenbosch, Gemeindestiftung, am 1. Januar d. J. 484 Kranke, Direct. Dr. Westeneng. Coudewater, Privatstiftung, am 1. Januar d. J. 481 Kranke, Direct. Dr. Pompe. Boekel, Privatstiftung, am 1. Januar d. J. 46 Kranke, Direct. ?

Provinz Gelderland: Zütphen, Gemeindestiftung am 1. Januar d. J. 446 Kranke, Direct. Dr. van Andel. Nymegen, Gemeindestiftung, 10 Kranke, Direct. ?

Provinz Utrecht: Utrecht, Gemeindestiftung, am 1. Januar d. J. 323 Kranke Direct. Prof. van der Lith, Dr. Wellenberg, 1 Ass.-Arzt. Provinz Overyssel: Deventer, Gemeindestiftung, am 1. Januar d. J. 203 Kranke Prof. Dr. van Lennep, 1 Ass.-Arzt. Provinz Friesland: Franeker, Gemeindestiftung, am 1. Januar d. J. 179 Kranke, Director Prof. Dr. Doedes-Breunig. Provinz Limburg: Maastricht, Gemeindestiftung, am 1. Januar d. J. 78 Kranke, Director Prof. Dr. Germain.

Die Anstalten zu Amsterdam und Utrecht werden zum klinischen psychiatrischen Unterricht benutzt. Die Anstalt zu Amsterdam, Maastricht und Franeker sind Armenanstalten.

In der Anstalt zu Hertogenbosch wird die Pflege durch geistliche Brüder (der Liebe) ausgeübt. Coudewater hat eine Colonie. Boekel ist Irrensiechenanstalt für Katholische Kranke.

Die Anstalt zu Nymwegen wird aufgehoben, dagegen wird in Medenblick, Provinz Nordholland, eine Reichsanstalt eingerichtet für arme Irre. Dr. R.

403) Aus Berlin. Der Bau einer Idiotenanstalt in Dalldorf ist soweit fortgeschritten, dass die Eröffnung derselben zum 1. November c. in bestimmte Aussicht genommen werden kann. Auf Vorschlag des Curatoriums der städtischen Irrenanstalt, welchem auch die Verwaltung der Idiotenanstalt übertragen ist, hat der

Magistrat den Gemeindelehrer an der 54. Gemeindeschule, Pieper zum Dirigenten der Anstalten gewählt. Zugleich hat der Magistrat das vom Curatorium vorgelegte Regulativ über die Aufnahme derartiger Kinder angenommen. Das Curatorium ist danach berechtigt, so lange die Anstalt durch die Armen-Direction nicht völlig in Anspruch genommen wird, idiotische Kinder, welche in Berlin Unterstützungswohnsitz haben, auch gegen Entgelt in die Idiotenanstalt aufzunehmen. Das jährliche Pflegegeld soll in der Regel 900 M. betragen, das Curatorium indess ermächtigt sein, nach Prüfung der Verhältnisse dasselbe bis auf 450 M. zu ermässigen. Diejenigen Eltern, respective Vormünder, welche auch nicht 450 M. zu zahlen vermögen, sollen an die Armendirection verwiesen werden. Für das Pflegegeld erhalten die Pfleglinge alles zu ihrer Erziehung und Verpflegung Erforderliche. Die Angehörigen können dieselben zwar mit Kleidung und Wäsche versehen, doch müssen diese Gegenstände den Ansprüchen der Anstalt entsprechen; im Uebrigen soll in der Kost, Pflege und Erziehung kein Unterschied zwischen den zahlenden und nichtzahlenden Pfleglingen gemacht werden.

404) Aus Berlin. Die medicin. Facultät in Berlin hat für immatriculirte Studenten der Berliner Universität als Preisaufgabe (Königlicher Preis) ausgeschrieben: *Experimentelle Untersuchungen der Wirkung der Nervendehnung auf die peripherischen Nerven und die Centralorgane des Nervensystems* mit Berücksichtigung der Versuche von Brown-Séquard.

405) Aus Paris. Die Société médico-psychologique de Paris wird im April 1882 den Preis Auband (3000 frcs.) für die beste geschriebene oder gedruckte Arbeit über einen Stoff aus der Irrenheilkunde zuerkennen. Die gedruckten Arbeiten dürfen nicht länger als 2 Jahre publicirt sein. Die Manuscripte und Druckschriften sind vor dem 1. Dezember 1881 an den Generalsecretair Dr. Motet, 161 rue de Charonne, einzusenden.

IV. Offener Brief an Dr. Obersteiner in Wien

von

Dr. ERLITZKY in St. Petersburg.

Geehrter Herr Doktor!

Im „Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie" 1881 Nro. 13 ist von Ihnen über meine im „Archives de physiologie normale et pathologique" 1881 Nro. 3 erschienene Abhandlung „Melanose de la moelle épinière dans la paralysie progressive," ein Referat mit Randbemerkungen veröffentlicht.

Sie werden es begreiflich finden, dass ich von Ihren Bemerkungen Notiz nehme, und mir in Bezug auf dieselben Ihnen gegenüber einige Auseinandersetzungen erlaube.

Der Hauptzweck meiner Abhandlung war nicht so sehr der, einen höchst interessanten Fall von Melanose des Rückenmarks, bei dabei bestehender progressiver Paralyse, mitzutheilen, als vielmehr, das indifferente Verhalten der Nervenzellen zu dem sich mit ihnen fast in unmittelbarer Berührung befindlichen Pigment, nachzuweisen. Durch zweckentsprechende Experimente, deren Resultate am Ende meiner Abhandlung angeführt sind, ist es mir gelungen, den ge-

wünschten Nachweis zu liefern. Sie belieben in Ihrem Referate über diesen Nachweis zu schweigen; zählen einfach die Elemente, in denen Pigment gefunden wurde auf, und fügen direct hinzu: „Die beigegebenen Zeichnungen würden unbedingt auf eine gewöhnliche Intermittensmelanose schliessen lassen, wenn nicht die Angabe des Verf. dagegen spräche, dass die Pigmentkörnchen sich in Säuren und Alkalien lösten."

Wenn meine Zeichnungen Ihnen wirklich ein Bild der gewöhnlichen Intermittensmelanose geben konnten, so muss dieses Bild Ihnen nicht fremd sein. Warum sind sie nicht so liebenswürdig, auf Ihre eigenen Arbeiten, oder die Anderer hinzuweisen, die sie in Stand setzten, in meinen Zeichnungen auf den ersten Blick das Bild einer gewöhnlichen Intermittensmelanose zu erkennen? So viel mir aber bekannt, existirt keine specielle Arbeit über pathologisch-anatomische Untersuchungen der Melanose des Rückenmarks.

Es ist kaum zu begreifen, woher Sie die Löslichkeit des Pigments in Säuren und Alkalien, als Product der Febris intermittens nicht zugeben wollen, da doch das schwarze Pigment des Blutes, eben so in den schweren Fällen der Malaria, als auch in den leichten, wenn auch in verschiedenen Quantitäten, im Blute sich bildet, und wir wissen, dass dieses Pigment stets aus Haematin besteht, welches sich leicht in Säuren sowie in Alkalien löst.

Ferner sagen Sie: „Es scheint dem Verf. unbekannt geblieben zu sein, dass auch in normalen Rückenmarken der Centralcanal häufig durch eine Ansammlung von Kernen ersetzt erscheint." Wie kommen Sie zu solch einer Schlussfolgerung? Seite 348 beschreibe ich die Beschaffenheit des pathologischen Rückenmarks und sage: „Les noyaux de la névroglie abondent surtout dans le tissu de Rolande et dans le canal central; le contour de ce dernier est complétement altéré, et se confond avec les parties environnantes, si bien que ce n'est que par les noyaux qui le remplissent qu'on s'en rend compte. Aucune trace d'épithélium."

Es ist klar, dass ich von einem pathologischen Process spreche, der eine bedeutende Vermehrung der Kerne, mit vollkommenem Zugrundegehen der cylindrischen Zellen des Epithels, welches den Centralcanal des Rückenmarks ausgekleidet, zur Folge hat.

Ist es wirklich möglich aus Gesagtem den Schluss zu ziehen, dass mir das Vorhandensein von Kernen im Centralkanal des normalen Rückenmarks unbekannt scheint? Geehrter Herr, ich darf nicht annehmen, dass es Ihnen für Ihre Bemerkungen bequem war, sondern glaube, dass Sie es einfach vergessen haben, dass im normalen Rückenmark, bei zufälligem Vorhandensein von Kernen im Centralcanal, letzterer niemals seine scharfen, durch die centralen Ependymfäden (Kölliker) gebildeten Conturen verliert und sich sehr deutlich schöne, cylindrische Zellen des Flimmerepithels auf seinen Wänden nachweisen lassen. In dem von mir beschriebenen Fall aber waren die Conturen vollkommen verwischt, und die cylindrischen Zellen des Epithels spurlos verschwunden.

Endlich sagen Sie: „ferner sucht E. das Pigment in der Arachnoidea der medulla oblongata bei den Bewohnern von Java, Sumatra, Celebes u. s. w. während es bei ganz gewöhnlichen Deutschen (und wohl auch Russen) an der angegebenen Stelle und an anderen mit weniger Aufwand von Mühe leicht genug zu sehen ist."

Ich bestreite nicht, dass man bei ganz gewöhnlichen Deutschen ohne grossen Aufwand von Mühe an verschiedenen Stellen der Arachnoidea medullae oblongatae Pigment finden kann. Doch wenn Sie die bezügliche Stelle in meiner

Abhandlung nochmals durchlesen wollten, werden Sie finden, dass ich nicht meine, sondern Dr. Mohnike's von Dr. Heymann im „Arch. für path. Anatomie" veröffentlichte interessante Beobachtungen anführe, also nicht ich, sondern Dr. Mohnike die Mühe gehabt hat festzustellen, dass in Arachnoidea der medulla oblongata der Bewohner von Java, Sumatra, Celebes etc. sich das Pigment leicht nachweisen liess, wogegen es bei den Bewohnern Afrika's fehlte. Dr. Mohnike hat somit zu verantworten, dass er bei seinen Beobachtungen die gewöhnlichen Deutschen und noch viele andere Nationen unberücksichtigt gelassen hat.

Mit Hochachtung
Ihr ergebener
A. Erlitzky.

Zur schnelleren Erledigung dieser im Grunde wenig interessirenden Differenz haben wir obigen Brief Herrn Prof. Obersteiner vorgelegt, der nachstehendes darauf erwidert. Die Redaction.

1. Ueber das chemische Verhalten des Intermittenspigmentes im Gehirn (im Rückenmarke dürfte es wohl das gleiche sein) habe ich mich ausführlicher ausgesprochen in meiner Arbeit: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Gehirngefässe. Wien med. Jahrb. 1877.

2. Wenn Herr Dr. Erlitzky noch einige gesunde Rückenmarke untersuchen will, wird er gewiss bald eines finden, bei welchem das Epithel des Centralcanals als solches nicht mehr nachweisbar, sondern ganz das von ihm vollständig naturgetreu geschilderte Bild vorhanden ist. (Vergleiche übrigens Henle, Nervenlehre pag. 46 u. s. w.)

3. Bezüglich des Arachnoidalpigmentes bemerke ich, dass ich keineswegs einen Augenblick der Ansicht war Dr. E. habe persönlich das Pigment bei den Bewohnern von Java u. s. w. gesucht, unter dem „Suchen" verstand ich und konnte ich nur verstehen *literarisches Suchen,* umsomehr als mir die Mittheilungen Mohnike's wohlbekannt sind, ebenso wohl aber auch die Notiz Virchow's, welche nur um eine Seite später steht als die Mohnike's (Virchow's Arch. 16. B. pag. 179 resp. 180) und nachweist, dass bei jedem älteren Individuum Kaukasischer Race dieses Arachnoidalpigment vorhanden sei. Hätte Dr. E. umgeblättert, so würde er gewiss neben den Bewohnern von Java u. s. w. auch der Kaukasier gedacht haben. Prof. Obersteiner.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt, (Preusse), 600 Mark freie Station. 2) Halle a. Saale, a. II. Volontärarzt, 1050 Mark, freie Station. b. Assistenzarzt an der psychiatr. Klinik, 1500 Mark u. fr. Station. 3) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1200 M., fr. Stat. 4) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) a) Volontairarzt, sofort, 450 + 600 Mark, freie Sation. b) Assistenzarzt, 1500 Mark, möblirte Wohnung, fr. Stat. I. Classe. Heizung. Beleuchtung und Arznei. 5) Grafenberg (Düsseldorf), Volontairarzt sofort; 600 M., fr. Stat. 6) Dalldorf (Berlin) Volontairarzt, baldigst, 600 M. fr Stat. Meldungen an das Curatorium der Irrenanstalt der Stadt Berlin. 7) Pankow (Dr. Richter's Anstalt), Assistenzarzt; mit 1500 Mark beginnend, freie Station. 8) Wehnen (Oldenburg), Assistenzarzt, 1. September, 1200—1500 M., fr. Station. 9) Düren, Volontairarzt, 15. Juli, 600 M., fr. Stat. 10) Asyl Schweizerhof (Stat. Zehlendorf), II. Arzt; freie Station und Gehalt nach Uebereinkunft. Bewerbung schriftlich beim Director Dr. Laehr. 11) Alt-Scherbitz (Prov. Sachsen), Volontairarzt, 15. Septbr.; 1200 M. und vollst. freie Station. Persönl.

Vorstellung erwünscht. 12) Basel (psychiatr. Klinik), Assistenzarzt, 1. October. Meld. an Professor Dr. Wille. 13) Leipzig (Irrenklinik), 2. Assistenzarzt; 1. Januar 1882. 1500 M., freie Station. Meldungen an Professor Dr. Flechsig. 14) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Creutzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Fraustadt (Posen), Gerdauen (Königsberg i. Pr.), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Johannisburg (Gumbinnen), Krossen (Frankfurt a. O.), Königsberg i. Fr. (Coburg), Labiau (Königsberg), Minden (Minden), Münsterberg (Breslau), Nauen (Posen), Osterode (Königsberg), Schönau (Liegitz), Stuhm (Marienwerder), Sprottau (Liegnitz), Worbis (Erfurt), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Ehrenbezeugungen. Medicinalrath Dr. Ehrt, Director in Hubertusburg zum Geheimen Medizinalrath; Geh. Hofrath Dr. Hergt, Director in Illenau zum Geheimen Rath; Medicinalrath Dr. Schüle, I. Hilfsarzt in Illenau zum Geheimen Hofrath; Dr. Otto, II. Hilfsarzt in Illenau zum Medicinal-Rath ernannt. Dr. Erlenmeyer in Bendorf bei Coblenz erhielt das Ritterkreuz I. Classe des Königl. Sächs. Albrechtordens. Oberamtsarzt Dr. Braun in Wangen (Württemberg) das Ritterkreuzt I. Classe des Friedrichsordens.

Ernannt. Prof. extraord. Dr. Blumenstock in Krakau zum ordentlichen Professor der gerichtl. Medicin und Staatsarzneikunde daselbst befördert. Dr. Kahlweiss zum Physicus des Kreises Rössel (Wohnsitz: Bischofsburg). Dr. Mahlke zum Physicus des Kreises Lötzen.

Todesfälle. Dr. Hermann Engelken senior in Bremen. Med.-Rath Dr. Kast in Freiburg i. B. Medicinalrath Dr. Brenner in Regensburg. Geh. San.-Rath Dr. Braunschweig, Kreisphysicus in Fraustadt.

VI. Anzeige.

Coblenz, Druck von Ph. Werle (Entenpfuhl 12).

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. **1. October 1881.** **Nro. 19.**

INHALT.

I. Referate.

416) **Bourneville et Regnard:** Iconographie photographique de la Salpétrière (Service de M. Charcot).

(Paris, Adrien Delahaye. 3 Bände. I. 1876—77, II. 1878, III. 1879—80. pr. 30 fr. per Band.)

Von dem Illustrationswerk Bourneville's und Regnard's liegen nunmehr 3 Bände mit 119 theils photographischen, theils photolithographischen Tafeln und zahlreichen Holzschnitten vor. Nachdem die ersten zwei Bände im Centralblatte (Nro. 13, 1879) schon besprochen worden sind, haben wir den 3. Band den Lesern des Blattes anzuzeigen. Derselbe enthält 247 Druckseiten mit 25 Holzschnitten und 40 photolithographische, grösstentheils vortrefflichen Tafeln. Er behandelt in 3 Abschnitten die hysterogenen Zonen und

den Schlaf der Hysterischen, die Anfälle von Schlaf und den Hypnotismus. Ein Anhang enthält eine Schilderung des Hexensabbathes nach alten Schriftstellern. Auch dieser Band handelt demnach fast ausschliesslich von der schweren Hysterie. 14 höchst eingehende und sorgfältig redigirte Krankengeschichten bilden die Grundlage, um sie gruppiren sich die allgemeinen Beobachtungen.

Claude Bernard soll kurz vor seinem Ende nach Kenntnissnahme der metalloskopischen Phänomene zu Charcot gesagt haben, er sehe ein, dass die Nervenphysiologie wieder von vorn anfangen müsse. Die Stimmung, aus welcher diese Aeusserung hervorgegangen ist, müssen eigentlich alle die an den Hysterischen gemachten Beobachtungen erwecken. Die wunderbaren Symptome der Hysterie kannte man grossentheils schon früher, aber man fand sich mit ihnen ab, indem man sie als regellos, auf willkürlicher Laune beruhend betrachtete. Dass in dem scheinbaren Chaos Regelmässigkeit zu finden ist, dass die Gesetzmässigkeit der hysterischen Anfälle der der Froschmuskelzuckungen wenig nachgiebt, ist eines der Hauptresultate der neueren Untersuchungen. Erinnert man sich der Untersuchungen über die ästhesiogenen Stoffe und den Hypnotismus, so erscheinen die Hysterischen als eine von der Natur dargebotene Gelegenheit, die Functionen des Nervensystems zu studiren, da bei ihnen die merkwürdigen Phänomene mit Leichtigkeit und Präcision eintreten und das bei ihnen Gefundene doch p. p. Allgemeingültigkeit besitzt. Es erhellt so die theoretische Wichtigkeit des Studiums der Hysterie und man wird, wenn auch die eingehenden und sich oft wiederholenden Einzelschilderungen Bournevilles etwas ermüden, seine Akribie gerechtfertigt finden.

Ausser dem physiologischen Interesse knüpft sich aber an die schwere Hysterie ein kulturhistorisches. Bourneville hat es sich zur speziellen Aufgabe gemacht nachzuweisen, wie sich noch heutzutage an den Hysterischen alle diejenigen Erscheinungen beobachten lassen, welche früher als Symptome der Hexerei betrachtet wurden, und hat, indem er auf Gruud eingehender historischer Studien die Schilderung der Hexen mit der der Hysterischen parallelisirte, die sociale Bedeutung der Hysterie in ein helles Licht gestellt.

Die Charcot'sche Lehre von der Hysteroepilepsie, wenigstens in ihren Grundzügen, als bekannt voraussetzend wollen wir nur der Darstellung der hypnotischen Phänomene mit einigen Worten gedenken. Nach Beschreibung der verschiedenen Methoden, welche frühere Magnetiseure angewendet haben, geht B. zu den in der Salpêtrière angestellten Versuchen über. Junge Hysterische von einer gewissen Sentimentalität haben sich als die geeignetsten Objecte erwiesen. Die Versuchsperson wurde in einen Stuhl gesetzt, der vor ihr sitzende Operateur fasste ihre Daumen und beide fixirten sich. Schloss dann die Hypnotisirte die Augen nicht von selbst, so drückte sie ihr der Operateur mit den Daumen zu, oder aber er legte von vornherein den Kopf umgreifend die Daumen auf die Augenbrauen und schloss dann die Augen im geeigneten Moment. Auch die Braid'sche Methode wurde angewandt. Bei schon früher Hypnotisirten genügte der Ausspruch des Operateurs, er wolle sie mag-

netisiren, das plötzliche Ausstrecken seiner Hand. Das Charakteristicum des hypnotischen Zustandes ist die musculäre Hyperexcitabilität, von ihm unterscheidet man in der Salpêtrière die Katalepsie. Eine Hypnotische oder Lethargische wird in den kataleptischen Zustand dadurch übergeführt, dass man ihr die Augen öffnet, denselben Erfolg haben das Anschlagen eines Tamtams, eines Diapasons, das Entzünden eines hellen Lichtes (Hydrooxygenflamme), das Explodiren eines Päckchens Schiessbaumwolle. Umgekehrt lässt das Erlöschen des Lichtes, das Aufhören des Stimmgabeltones die Kataleptischen in den hypnotischen Schlaf zurückkehren. Die Katalepsie unterscheidet sich von der Lethargie dadurch, dass an Stelle der Hyperexcitabilität wächserne Biegsamkeit tritt, dass Suggestion und Fascination statthaben. Sobald der Operateur den Blick der Kataleptischen fängt, folgt sie ihm als fascinirt, stürzt zusammen, wenn er auf sie zutritt, fürchtet eine Schlange, wenn er eine solche zu fliehen scheint, u. s. w. u. s. w.

Die strenge Trennung, welche die Pariser Autoren zwischen hypnotischem Schlaf und Katalepsie statuiren, stimmt nicht ganz mit den in Deutschland gemachten Erfahrungen. Die deutschen Autoren geben meist nur an, dass die Phänomene, welche die Franzosen der Katalepsie zurechnen, bei einer geringeren Tiefe des Schlafes eintreten, wie sie durch leichte Reize, Legen der Hand auf den Kopf u. s. w., bewirkt wird. Eine Trennung zweier Stadien verwerfen sie. Ob die Differenz durch Verschiedenheit des Materials oder der Manipulationen hier und dort zu erklären sei, ist nicht ersichtlich; eine Erörterung derselben habe ich nirgends gefunden.

Eine weitere Differenz besteht in Bezug der Angaben über halbseitige Hypnose. Wurde in der Salpêtrière einer Hypnotisirten ein Auge geöffnet, so wurde die gleichnamige Körperseite kataleptisch, während die andere lethargisch blieb. Liess man die Hypnotische zählen und öffnete das linke Auge, so fuhr sie fort zu zählen, öffnete man aber das rechte, so stockte sie (artificielle Aphasie). Diese Phänomene sollen sich mit grosser Regelmässigkeit an den verschiedenen Versuchspersonen wiederholt haben. In Berger's Versuchen trat dagegen die Hypnose bald auf der der gereizten Kopfhälfte gleichnamigen Seite, bald auf der gegenüberliegenden ein. Auch das Verhalten der Aphasie war wechselnd. Allerdings wurde von Berger (u. Heidenhain) ein anderes Verfahren angewendet, sie strichen die eine Kopfhälfte der Versuchsperson, welche noch nicht hypnotisirt war, mit der Hand, Cohn erwärmte ein Auge u. dgl. mehr. Dem Pariser Verfahren analog ist das Braid's, dieser drückte auf ein Auge des Hypnotisirten. Jedoch ist aus der kurzen Beschreibung, welche Preyer von Braid's halbseitiger Hypnose giebt, nicht zu ersehen, wie weit diese mit der Hemilethargie und Hemikatalepsie übereinstimmte.

Die Mehrzahl der Holzschnitte und Tafeln stellen die verschiedenen Manipulationen beim Hypnotisiren und die Phasen des hypnotischen Zustandes in überaus anschaulicher Weise dar. —

Man muss dem verdienstvollen und eigenartigen Werke Bourneville's u. Regnard's eine möglichst grosse Verbreitung wün-

schen. Leider wird dieselbe einigermaassen durch den hohen (wenn auch relativ niedrigen) Preis beeinträchtigt werden. Möchte man auch in Deutschland mehr Werth auf die bildliche Darstellung krankhafter Zustände legen, als es bisher geschieht. Wir verdanken den Franzosen ausser dem hier besprochenen Werke die schönen Abbildungen Duchenne's, den Atlas Morels u. s. w., während in Deutschland bisher ausserordentlich wenig illustrirte Krankheitslehren erschienen sind (Friedreich, Muskelatrophie). Eines der besten neueren Handbücher, welches sich selbst *Klinik* der Rückenmarkskrankheiten nennt, enthält zwar 26 Tafeln mit vorzüglichen anatomischen Abbildungen, dagegen nicht ein Bild, das einen kranken Menschen darstellte.

Möbius (Leipzig).

---

417) **Langhaus** (Bern): Ueber Höhlenbildung im Rückenmarke als Folge von Blutstauung.

(Virchow's Archiv f. pathol. Anatomie Bd. 85.)

Verf. beschreibt vier Fälle von Höhlenbildung im Rückenmark. Die Höhlen waren zum grössten Theil hinter dem Centralcanal gelagert, erschienen demselben gegenüber selbstständig und fanden sich vorzugsweise in und zwischen den Hintersträngen. Sie waren complicirt mit Veränderungen in der Kleinhirngrube (Tumoren), welche die Circulation in derselben erschweren mussten. Ein Causalnexus zwischen diesen Befunden erscheint nicht unwahrscheinlich. Wenn auch von einer directen Behinderung des Abflusses des Liquor cerebrospinalis durch die Verlegung der Oeffnung des Centralcanals in den vierten Ventrikel nicht die Rede sein kann, so lassen sich für die Annahme einer Behinderung des Blutabflusses aus dem Hals- und oberen Brusttheil des Rückenmarks nach der Schädelhöhle hin, welche durch collaterale Bahnen nicht beseitigt werden konnte, genügende Beweise beibringen. Den vier Fällen war Folgendes gemeinsam: Die eigenthümliche Art der Divertikelbildung, welche dadurch ausgezeichnet war, dass die Divertikel nur an ihrem oberen Ende in den Centralcanal einmündeten und sich constant nach abwärts erstreckten. Sie gehörten den Hintersträngen an, denen eine geringe Consistenz und oedematoese Auflockerung zukam. Neben der Divertikelbildung fanden sich Spalten vorzugsweise in der grauen Commissur und den Hinterhörnern, die ohne Zusammenhang mit dem Centralcanal nicht anders als Oedemsplalten aufgefasst werden konnten. Mit Rücksicht auf die anatomischen Bilder glaubt Verf. daher für die angeführten Fälle einen Stauungshydrops als veranlassende Ursache annehmen zu dürfen, da ihm weder die Erweichung eines entzündlichen Exsudates noch die Sclérose periépendymaire noch die Leyden'sche Deutung, dass es sich nur um foetale Ueberbleibsel handle, eine bessere Erklärung bietet. Er ist weit davon entfernt für alle Fälle von Hydromyelus die Annahme einer Blutstauung zu verlangen; die einfachen Erweiterungen, bei welchem der Centralcanal seine normale Lage beibehält, glaubt er auf eine entzündliche Reizung der Gefässe des Ependyms zurückführen zu müssen.

Eickholt (Grafenberg).

---

418) **Bastelberger** (Strassburg): Experimentelle Studien über Entartungsreaction.

(Archiv f. klin. Medicin Bd. 28, H. 6.)

Die experimentellen Untersuchungen über die bei peripheren Lähmungen beobachteten Veränderungen der elektrischen Reaction haben bisher zu widersprechenden Ergebnissen geführt. Der Hauptgrund dieser Widersprüche scheint zum Theil in der Verschiedenheit der Versuchsanordnung zu liegen. Bei den von Verf. im Laboratorium der psychiatrischen Klinik in Strassburg angestellten Versuchen am Kaninchen wurde unter antiseptischen Cautelen mittels Durchschneidung des Nerv. ischiadicus der linken hintern Extremität eine einseitige periphere Lähmung künstlich hervorgerufen; die electrische Untersuchung wurde sowohl durch die Haut hindurch am Nerv und Muskel als auch am freigelegten Nerven und Muskel des operirten und nicht operirten Hinterbeins vorgenommen. Es wurden unpolarisirbare Electroden verwendet. Verf. war im Stande durch 12 Versuche die typische Entartungsreaction nachzuweisen und zwar für den Muskel in Form von Herabsetzung bis Erlöschen der faradischen Erregbarkeit, Steigerung der galvanischen Erregbarkeit, Vorwiegen der Anodenschliessungszuckung gegenüber der Kathodenschliessungszuckung; für den Nerv in Form von Herabsetzung bis Erlöschen der faradischen und galvanischen Erregbarkeit. Dieser Nachweis konnte, entgegen der Annahme Vulpians, auch am blosgelegten Muskel geliefert werden, wenn auch bei der Prüfung am Kaninchen kleine Unregelmässigkeiten sich zeigen, die jedoch auch am normalen Muskel dieser Thiere gefunden werden.

Eickholt (Grafenberg).

---

419) **Möbius** (Leipzig): Neuropathologische Notizen.

(Memorabilien 1881, 4. u. 5. Heft.)

Verf. liefert casuistische Beiträge zur progressiven Muskelatrophie mit ungewöhnlichem Beginn, zur Hemiathetosis und Hemiatrophia cerebri und zur Kinderlähmung. Sodann berührt er ein Capitel der Elektrotherapie, welches bisher leicht zu Missverständnissen Veranlassung gab, nämlich die eigenthümliche Erscheinung, dass manche Wirkungen des electrischen Stromes bei bestimmten Individuen ausbleiben. Er glaubt annehmen zu dürfen, dass in der That manche electrische Wirkungen nur bei bestimmten Individuen erzielt werden. Zu den selteneren electrischen Reactionen gehört das Schlafbedürfniss nach Electrisation, Steigerung des Appetits, Erregung von Husten, Salivation und excentrischen Sensationen. Verf. bezeichnet derartige Personen, bei denen die erwähnten seltenen Reactionen sich hervorrufen lassen, als *electrosensitiv* und glaubt, dass ihnen dieselbe nervöse Eigenthümlichkeit zukommt, wie den zu hypnotischen Versuchen sich eignenden.

Als praktische Folgerung verdient die Beobachtung erwähnt zu werden, dass bei electrosensitiven Personen die electrische Behandlung ihrer nervösen Störungen einen besseren Erfolg hatte als bei anderen.

Eickholt (Grafenberg).

---

420) **M. Bernhardt** (Berlin): Beiträge zur Symptomatologie und Diagnostik der Hirngeschwülste.

(Aug. Hirschwald's Verlag. 1881.)

Was Verf. mit der Herausgabe dieses Werkes bezwecket, sagt er selbst klar und deutlich im Vorwort. Sein Bestreben ginge dahin, auch für diesen dunkelsten Theil der Hirnpathologie die möglichste Klarheit zu schaffen, so dass dadurch ein wirklich werthvoller Beitrag zur topischen Diagnostik der Hirnkrankheiten geliefert wurde. Somit haben wir dieses Werk gewissermassen als Ergänzung des bedeutsamen Werkes von Nothnagel, bei dem die Geschwülste nicht so ausführlich, wie hier, besprochen werden konnten, anzusehen. Der Verf. ist seiner Aufgabe, an der er mehrere Jahre gearbeitet, im vollen Masse gerecht geworden; überall erkennen wir den Fleiss und die kritische Sichtung, die die Spreu aus dem Waizen ausscheidet. Es kann hier nicht unsere Absicht sein, das gesammte, werthvolle Material auszugsweise wiederzugeben, wir können nur mit gutem Gewissen das Buch zum Studium empfehlen und dieser Empfehlung Nachdruck verleihen, indem wir Plan und Inhalt des Werkes kurz andeuten.

Der erste Theil, die allgemeine Symptomatologie, bespricht die allgemeinen (diffusen) Symptome, Kopfschmerz, Schwindel, psychische Störungen, Erbrechen, epileptische Convulsionen und Neuritis optica; dann folgen die Herdsymptome, das sind die Ausfalls- und Reizsymptome im motorischen Gebiete und im Gebiete der Sensibilität, die Syptome der Ataxie, die Störungen im Gebiet der Sinnesnerven, Sprachstörungen, Verdauungsstörungen, Störungen der Harnsecretion und Potenz, der Circulation und Respiration, vasomotorische und trophische Störungen, Veränderungen der electrischen Erregbarkeit und Fiebererscheinungen. Den Schluss des I. Theiles bildet die allgemeine Diagnostik. Freilich erkennen wir schon im Eingange und vor allem im späteren Theile, wie ungemein die Localisation der Tumoren durch Fernwirkung erschwert wird, so dass ein eng umschriebenes Bild kaum für eine einzige Gegend herauskommt.

Am zweiten Theile, der speciellen Symptomatologie, haben wir besonders die übersichtliche Aufstellung der gesammelten Fälle zu loben. Die schematischen Tabellen enthalten das Nothwendige; nachdem der Autor und der Ort, wo er publicirt hat, genannt ist, kommt eine Rubrik für den pathologisch-anatomischen Befund, eine für die Sensibilität, für die Motilität, die Sinnesorgane, die Intelligenz und Sprache und am Schluss eine Rubrik für „Verschiedenes".

Tumoren der Grosshirnoberfläche sind 57 Fälle gesammelt, Tumoren der Hirnlappen 124, der corp. striat. und Thalami optic. 26, der Zirbeldrüse 11, des Pons 30, des Kleinhirns 90, der Medull. oblong. 21, der Hypophysis cerebri 5, der Schädelbasis 39, der Hirnnerven 5; multiple Tumoren 71 Fälle. Ueberall folgt der Aufzeichnung der Fälle eine Analyse, Kritik und eine Zusammenstellung der für die Diagnose wichtigsten Sätze. Man sieht, das Buch bietet des Interessanten und Belehrenden gar viel.

Goldstein (Aachen).

421) **A. Nieden** (Bochum): Beiträge zur Lehre vom Zusammenhang von Hirn- und Augenaffectionen.

I. Fibrosacrom der rechten Grosshirnhemisphäre, doppelseitige Neuritis optica, Atrophia papillae.

Patient Mertens, 25 Jahre alt, trat Ende Februar 1878 mit Klagen über seit einigen Monaten bestehenden Kopfschmerz, über dessen Ursache er indess nichts weiter anzugeben wusste, in Behandlung.

Der sich hauptsächlich auf den Hinterkopf beschränkende Schmerz sei anfangs November 1877 zuerst aufgetreten, habe sich dann alle 14 Tage bis 3 Wochen wiederholt, an 2—3 Tagen in grosser Heftigkeit bestanden, so dass Pat. für diese Zeit nicht zu arbeiten im Stande gewesen, um dann wieder einer vollständigen Euphorie zu weichen. Bald gesellten sich gastrische Störungen, vomitus etc. hinzu.

M. ist ein gesund aussehendes, kräftiges Individuum, der als Feuerarbeiter beschäftigt war, nie an constitutionellen Krankheiten gelitten haben will und ausser seinen Kopfschmerzen über keine pathologischen Störungen Klage zu führen hat. Die Occipitalneuralgien sind hauptsächlich auf den *rechten* Hinterkopf heschränkt, eine Schädelverletzung ist trotz genauester Untersuchung nicht zu constatiren, wird auch anfänglich noch vom Pat. geleugnet. Beklopfen des Schädels ist empfindlich und erzeugt leichtes Schwindelgefühl.

Die Kopfschmerzen treten in ziemlich regelmässigen Zwischenräumen alle 8 Tage ein, beginnen in der rechten hinteren Schädelhälfte, nehmen rasch an Intensität zu, sind von heftigem Vomitus begleitet und ist Patient wegen starken Schwindels nicht im Stande, sich ausserhalb des Bettes zu befinden. Nach 2 Tagen ruhiger Bettlage tritt mit Aufhören des Schmerzes vollkommenes Wohlbefinden bei normaler Functionirung aller Körperorgane ein. S = 1.

Erst Anfangs März 1878 klagte Pat. über Sehstörungen, namentlich des rechten Auges, die sich als Flimmern vor dem Auge kundgaben.

Die ophthalmoscopische Beobachtung ergab als Grund dieser Erscheinung eine schon beträchtlich entwickelte Stauungspapille mit all' ihren characteristischen Eigenschaften. Der gleiche Befund fand sich am linken Ange, nur in vermindertem Maassstabe.

S. oc. dext. $^1/_3$, No. 4 (Jäger) wird gelesen. S. oc. sin. $^1/_2$ No. 2 (Jäger) wird gelesen.

Gesichtsfelddefect *rechts:* nach innen und oben aussen; bis auf 20^0 resp. 30^0 vom Centrum nach aussen und unten gute Perception. *Links.* Defect: nach innen, oben und unten; gute Lichtempfindung nach aussen, oben und unten, so dass also die temporalen Gesichtsfeldhälften vollständig ausfielen.

Die geistigen Functionen waren ungetrübt, Pat. trotz heftiger Schmerzen stets heiteren Temperamentes. Störungen in der Motilität der Augenmuskulatur, sowie der des Körpers, ebenso wie der Aesthesis nicht nachweisbar.

Die Pupillen sind mittelweit, während der Attaquen gleichmässig contrahirt, und reagiren gut auf Licht und Convergenzbewegungen.

Trotz eingeleiteter Inunctionscur hielt sich der Kopfschmerz auf gleicher Höhe und derselben Regelmässigkeit des Erscheinens wie bisher.

Allein die Sehstörung zeigte eine rapide Zunahme, täglich liess sich die weitere Abnahme der Sehschärfe, sowie die concentrische Einengung des Gesichtsfeldes constatiren, so dass am 23. März die Sehschärfe auf beiden Augen weniger als $^1/_{20}$ betrug, während die Stauungserscheinungen gleichzeitig zunahmen. Eine Woche später wurden nur noch vom linken Auge auf 4″, vom rechten auf 1″ Finger erkannt; das Gesichtsfeld des rechten Auges war auf einen kleinen runden Kreis in der Nähe des Centrums nach aussen und unten, das des linken nach aussen, oben und unten in circa doppelter Ausdehnung vorhanden, so dass also nur noch die beiden inneren Netzhauthälften vom Centrum aus nach der medialen Seite zu auf Licht reagirten, der dann schon am 20. April totale Amaurose beider Augen folgte.

Die Papillen beider Augen beginnen jetzt abzuschwellen, die Retinalexsudate sich zu resorbiren, während der Kopfschmerz der rechten hinteren Kopfhälfte der gleiche blieb, sich jetzt nur circa alle 14 Tage für 2—3 Tage bemerkbar machte.

Nur für diese Zeit war das Sensorium des Pat. etwas benommen, die Sprache langsamer, die Reaction der Pupillen eine trägere. Temperatur-Differenzen liessen sich nicht constatiren, ebensowenig Beeinflussung der Pulsfrequenz. Keine Sensibilitäts-Störungen der Gesichtshaut und des Rumpfes; die Augenmuskulatur wird prompt und correct innervirt, Zunge gleichmässig vorgestreckt.

Jetzt erst, auf genaueres Inquiriren, giebt Pat. an, dass er im October des vergangenen Jahres allerdings eine Schädelverletzung erlitten habe, indem er beim Passiren einer schweren hängenden Thüre, die von einem Knaben aufgezogen wurde, durch das vorzeitige Fallenlassen derselben an den Hinterkopf rechts getroffen worden sei. Er habe indess die Verletzung, trotz augenblicklich heftiger Schmerzempfindung, unbeachtet gelassen und sich bisher derselben nicht erinnert, da er dieselbe in keinen Zusammenhang mit seinem später auftretenden Kopfschmerz zu bringen gedacht habe, auch sich nicht veranlasst gesehen, damals ärztliche Hilfe nachzusuchen.

Ein objectiver Anhalt, als Depression, Spaltfractur etc., für die damals durch das Trauma gesetzte Schädelverletzung war auch jetzt noch nicht nachweisbar.

Die Diagnose musste also nach der Anamnese und dem Befunde auf eine in der Schädelhöhle befindliche, raumbeschränkende und langsam wachsende Geschwulst gestellt werden, die im Causalzusammenhang mit dem ersterwähnten Trauma zu bringen war. Bei dem Fehlen aller weiteren Functionsstörungen der Gesichts- und Körpermuskulatur und des Nervensystems ausser dem Schwunde des Sehvermögens glaubte Verf. nach dem Auftreten des Kopfschmerzes in specie der rechten hinteren Kopfhälfte, nach der Angabe einer gerade hier stattgehabten Verletzung und nach dem ungemein rasch, innerhalb 6 Wochen erfolgten Totalverlust des Gesichtssinnes das schädigende Moment in den Occipitallappen der rechten Hemisphäre verlegen zu müssen.

Da ferner gegen die Annahme eines Abscesses die lange Dauer des Auftretens der ersten Symptome nach dem Trauma, dann die ungemein heftige Occipitalneuralgie und endlich die bei Abscessbildung bekanntlich nur in den seltensten Fällen beobachtete Mitaffection des Sehorgans sprach, hielt Verf. die Diagnose für ein mit der Dura in innigem Connex stehendes Neoplasma für gesichert.

Alles Bemühen, Patienten Linderung in seinem regelmässig repetirenden und stets die gleichen Erscheinungen darbietenden Kopfleiden zu bieten, war erfolglos, die Schmerzen nahmen vielmehr an Intensität und rascher Wiederkehr mehr und mehr zu und blieben stets rechtseitig localisirt. Pat. behielt seine heitere Gemüthsstimmung bei, Appetit blieb gut und darum zeigte das Aussehen des Pat. keine Veränderung dar.

Die Sehnervenscheiben nahmen im Laufe der nächsten Monate das atrophische Aussehen an, waren leicht excavirt, die Arterien auf zarte Stränge geschwunden.

Die Pupillen reagirten auf Convergenzbewegungen gut, bei Lichteinfall nicht.

Nach weiteren 9 Monaten traten am 6. Januar 1879 zu obigen Symptomen epileptiforme Anfälle hinzu, mit denen zuerst kurzer Verlust des Bewusstseins, später immer länger dauernde Bewusstlossigkeit einherging. Die Anfälle begannen stets mit einer Aura im linken Arm, waren auf ihrer Höhe von heftigen klonischen Krämpfen der Gesichtsmuskulatur der rechten, der Nackenmuskeln der linken Seite begleitet, so dass der Kopf in raschen Drehungen auf die linke Seite geschleudert resp. in die Kissen eingebohrt wurde, während auf der rechten Gesichtshälfte die heftigsten Zuckungen der einzelnen Muskeln die Gesichtszüge verzerrten.

Nach Auslösung jedes neuen Krampfanfalles trat hochgradige Prostration der Kräfte, Appetitmangel, Gedächtnissschwäche ein, von der sich Pat. indessen innerhalb einiger Tage sichtlich erholte, um dann bald einem neuen, sich stets verschlimmernden Anfalle unterworfen zu werden.

Die übrigen Sinnesorgane erlitten auch jetzt noch keine Störung, die Sensibilität und Motilität erwies sich überall als intact.

Erst am 15. Juli 1879 stellten sich Relaxationen der Sphincteren der Blase und des Mastdarmes ein, dem bald eine gewisse Schwäche im linken Bein mit anästhetischem Gefühle sich zugesellte. Der Gang wurde schwankend, nach links geneigt. Das Stehen und Gehen wurde Pat. immer schwieriger, und hielt er sich viel im Bette auf.

Das Sensorium blieb bis auf die Anfälle, die jetzt in rascher Folge nacheinander eintraten, intact. Der Kopfschmerz hörte selten mehr auf, der allgemeine Kräftezustand liess langsam nach. Wegen starker Läsion der Zunge während der Krampfanfälle war Pat. oft Tage lang nicht im Stande, zu schlucken.

Im December 1879 war der Zustand ein solcher, dass Pat. sein Lager nicht mehr verlassen konnte, seine Willkür über den Sphincter vesicae et recti vollständig aufgehoben, die linke untere Extremität paretisch und anästhetisch war, in leichterem Grade auch die linke obere Extremität.

Der rechte Facialis war gelähmt, die Pupillen waren beide gleichmässig, stark erweitert und reagirten nicht mehr.

Das Bewusstsein war in den freien Intervallen ungestört, doch dauerten die Anfälle jetzt oft continuirlich 3×24 Stunden, bei denen die Zuckungen des Schädels stets nach links erfolgten, wie auch gleichermassen nystagmusartige Bewegungen beider Augen um die Verticalaxe nach links bemerkbar wurden. Die Athembewegung zeigt das Stocke'sche Phänomen, der Puls war retardirt und aussetzend.

Nach wiederholten derartigen Anfällen trat endlich am 5. Januar 1880, nach fast zweijähriger Dauer der Krankheit, der Tod ein.

Die *Section*, 18 Stunden post mortem, ergab nun, nach Abhebung des Scalps eine dunkel-violette Durchtränkung des äusseren Schädeldaches in der Gegend der Sutura frontoparietalis der rechten Seite. Die Schädeldecke war dünn und zeigte nur an der der obigen Markirung entsprechenden Stelle eine feste Adhäsion mit der Dura, die sich nur mit Gewalt von dieser Stelle abziehen liess.

Beim Abheben der Schädeldecke zeigte sich, dass hier eine conisch gestaltete Exostose der Lam. vitrea der Knochenwand mit breiter Basis auflagerte.

Dieselbe war von höckeriger Beschaffenheit, zeigte $^3/_4''$ Durchmesser an der Basis und $1^1/_2''$ in der Tiefe und hatte sich mit ihrer Spitze unter Vorstülpung der fest mit ihr verwachsenen Dura in die entsprechende Stelle der rechten Grosshirnmasse eingebohrt, aus der sie sich bei Abheben des Schädeldaches hervorheben liess.

Ihrer Substanz nach bestand die Exostose aus einer gleichmässigen, elfenbeinähnelnden Masse.

In unmittelbarer Nähe, dem Hinterhaupt zu, zeigte sich die Schädeldecke auf einer circa $^1/_2''$ im Durchmesser führenden Stelle von ziemlich kreisrunder Form auf Papierstärke verdünnt. Diese Vertiefung des Parietalbeines zeigte scharfe Ränder und liess, da Pacchionische Granulationen nicht vorhanden waren, nur die Annahme zu, dass die Lamina vitrea dieser Stelle sich wahrscheinlich in Folge des stattgehabten Traumas gelöst und dadurch die Verdünnung der Schädeldecke herbeigeführt habe. Ein leichter Nageldruck genügte, um die durchscheinende obere Wandung zu perforiren.

Die Dura ist im Uebrigen prall gespannt, sonst normal, die Pia trüb und matt.

Die Grosshirnoberfläche zeigte an der Stelle, wo die Schädelexostose die tiefe Impression trichterförmig in ihre Substanz gemacht hatte, in der Ausdehnung von 8 Ctm. im Durchmesser nach allen Richtungen hin eine röthlich schieferfarbene Decoloration.

Die Gyri finden sich kaum ausgesprochen und erhielt der zu fühlende Finger in der gleichen Ausdehung durch die festere Resistenz den Eindruck, dass es sich hier um ein heterogenes Gewebe handele. Die ganze Masse scheidet sich scharf durch Farbe und Consistenz von der übrigen Hirnoberfläche ab, bei der sich nur starke venöse Stase in den Venengeflechten, sonst normal entwickelte Gyri, ohne plastische Exsudate zwischen denselben zeigen.

Ein Durchschnitt durch dieses gerade in der Gegend zwischen vorderer und hinterer Centralwindung gelegene Neoplasma ergab, dass dasselbe aus festem, unter dem Messer knirschendem Gewebe bestand, welches die rechte Hemisphäre bis zur Basis des rechten Ventrikels durchsetzt hatte, nur noch nach vorne von einer dünnen Schichte grauer Rindensubstanz umkleidet war und in seiner ganzen Ausdehnung die Grösse eines Gänseeies einnahm.

Die ganze Geschwulst liess sich leicht durch Fingerdruck aus ihrer Lagerstätte herausschälen, ragte nach vorn bis an die vorderen Frontalgyri und nach hinten weit über die Mitte des Meridionalschnittes der Hemisphäre hinweg und zeigte überall die gleiche, feste, verfilzte Beschaffenheit.

Das vordere Horn des rechten Ventrikels fehlte, in den Hinterhörnern mässiger, seröser Erguss, der linke Ventrikel mit reichlicher Flüssigkeit angefüllt.

Die übrigen Theile des Gross- und Kleinhirns zeigen ausser mehr oder weniger Anämie keine besonderen Veränderungen. Die Tractus optici sind dünn, ebenso wie die Opticus-Stämme und zeigen atrophische Schnittflächen. Differenz ist zwischen den beiden nicht nachzuweisen. Das Corpus striatum, der Thalamus opticus des rechten Ventrikels waren seitlich comprimirt, liessen indess keine Structurveränderung ihres Gewebes erkennen, ebensowenig wie die an der Basis cerebri gelegenen Gebilde.

Bei der microscopischen Untersuchung erwies sich die Structur des Neoplasma als ein Fibrosarcom, mit fester Bindegewebesstützsubstanz und reichlich vorhandenen Spindelzellen ausgestattet.

Die ganze Geschwulst zeigte in allen ihren Theilen das gleiche microskopische Detailbild.

Die Section der übrigen Körperorgane ergab keine pathologischen Erscheinungen in denselben. Der Sehnervenstamm bot das Bild einer tiefen atrophischen Excavation der Papille dar, sämmtliche Nervenfasern fanden sich theils fettig, theils atrophisch degenerirt.

Von Interesse ist bei der Lage des mit ziemlicher Bestimmtheit zu diagnoscirenden Tumors, dass Anamnese und Befund viel eher berechtigen mussten, denselben in den Occipitallappen der rechten Grosshirnhemisphäre zu verlegen, als ihn dort, im mittleren Theile der Hemisphäre anzutreffen, wo ihn die Section ergab.

Wäre die linke Seite des Grosshirns in der entsprechenden Localität die afficirte gewesen, so wäre gewiss die Diagnose der Localisation eine weniger schwierige gewesen, da weitere Störungen der hier gelegenen Hirncentren die unausbleibliche Folge dieser Wucherung hätten sein müssen.

Mit Sicherheit konnte nur der Schluss gemacht werden, dass der Tumor in engem Zusammenhang mit der Dura stehen müsse, wie ja auch die Section ergeben hat.

(Schluss folgt.)

---

422) **Seguin:** A contribution to the study of localised cerebral lesions.
(Reprinted from the Transactions of the Amer. Neurol. Assoc. II. 1877.)

Die sieben Fälle, welche S. als „Beitrag zum Studium umschriebener Hirnerkrankungen" bringt, theilt er ein 1) in solche, bei denen diese Erkrankung zu Aphasie, — 2) in solche, bei denen sie zu Paralyse, und 3) in solche, bei denen sie zu Convulsionen und spastischen Erscheinungen führte. — In den vier zur ersten Gruppe gehörigen Fällen (Aphasie mit rechtsseitiger Hemiplégie) handelt es sich stets um Erkrankungen im Bereiche der linken dritten Stirnwindung; in dem ersten derselben fand sich hier ein ausgedehnter Erweichungsherd, und obwohl dieser ziemlich alle motorischen Centren (Ferrier's) für Gesicht, obere und untere Extremität ergriffen resp. zerstört hatte, war der Kranke im Laufe von Monaten doch wieder dahin gekommen, die vorher vollständig gelähmten Theile willkürlich zu bewegen. In dem zweiten Falle handelt es sich um Embolie der linken art. Fossae sylv., im dritten um eine dort localisirte umschriebene Meningitis und einen ausgedehnten centralen Erweichungsherd, im vierten endlich (intermittirende Aphasie) um eine tuberculöse Meningitis, die besonders stark über jener Windung und über der Insel entwickelt war.

Als zur zweiten Gruppe gehörig theilt S. einen Fall mit, bei dem sich ein oberflächlicher Erweichungsherd in der linken dritten Stirnwindung fand, zu Lebzeiten nur rechtsseitige Hemiplegie, keine Aphasie bestanden hatte. (Ueber „Linkshändigkeit" nichts erwähnt. Ref.)

Zu seiner dritten Gruppe bringt S. zwei Fälle; im ersten handelt es sich um eine traumatische umschriebene Perciencephalitis mit sarcomatösem Tumor in derselben (rechten) Hemisphäre; zu Lebzeiten bestand Epilepsie, dann spastische Erscheinungen in den linksseitigen Muskelgruppen des Arms, Nackens und Gesichts und linksseitige Hemiplegie. Im zweiten Falle entwickelten sich bei einem Jahre lang an Pneumopyothorax Leidenden umschriebene, epileptiforme, spastische Erscheinungen in der linken Hand, im linken Arm und Gesicht, es bestand keine Paralyse oder Aphasie; die Autopsie ergab eine eitrige Cerebralmeningitis und zwei Abscesse, von denen der eine sich in der linken zweiten Stirnwindung befand und sich bis an den vordern Rand der dritten erstreckte, der zweite, nur erbsengross, sich rechtsseitig in der weissen Substanz und zwar unterhalb des Gyrus angul. des Scheitellappens befand.

Wähner (Creuzburg).

---

423) **Mudd**: Right hemiplegia with left cerebral atrophy.
(The Alienist and Neurologist 1881. vol. II. pag. 240.)

Ein vierzigjähriger Mann wird durch einen Schlag auf den Kopf vorübergehend bewusstlos, klagt in der nächsten Zeit über Schmerzen und Geräusche im Kopfe und hört schlecht; nach zwei Monaten tritt Besserung ein. Vier Monate nach jenem Schlage wird Pat. plötzlich bewusstlos, rechtsseitig hemiplegisch und hemi-anästhetisch und wird psychisch verworren. In den nächsten zwei Jah-

ren erholt Pat. sich soweit, dass er sich bewegen und mässig beschäftigen kann. Vier Jahre später fängt die Ernährung an zu sinken, Pat. wird weniger beweglich und psychisch stumpf, bis er endlich (7 Jahre nach jenem Trauma) stirbt.

Die Autopsie ergab Residuen einer diffusen chronischen Leptomeningitis. Hydrocephal. ext. et int. praecique sin., eine bedeutende Atrophie der linken Parietalwindungen; die in ihrem Durchmesser gegen r. bis um 4, mm. differiren, eine geringere Atrophie der Frontal- und Occipitalwindungen; weiterhin links eine bohnengrosse Cyste in der innern Capsel, eine bedeutende Atrophie (ca. um $^1/_5$) des linken corp. striat. und thalamus opt.; endlich eine Atrophie der linken Hälfte des Pons, der medulla oblong. und der rechten Hälfte der medulla spin. unterhalb der Pyramidenkreuzung. (ca. um $^1/_3$ ihrer Grösse.)

M. nimmt an, dass jene Cyste von einer Hämorrhagie herrühre welche letztere die Hemiplegie des Pat., sieben Jahre vor seinem Tode, veranlasste. Möglicherweise seien durch diese Hämorrhagie oder den daraus gebildeten Herd die arterielle Zufuhr und Ernährung des corp. striat. und thalam. opt. gestört und diese deshalb atrophirt. Die Atrophie der Windungen und der motorischen Leitungsbahnen führt M. auf die functionelle Unthätigkeit nach der Lähmung zurück; von Ernährungsstörungen durch Störungen in den Gefässen könne keine Rede sein, weil die Section durchaus keine derartige Störung nachweisen konnte. Der Tod sei wahrscheinlich durch eine plötzliche Vermehrung des serösen Ergusses im Subarachnoidalraum und in den Ventrikeln erfolgt.

Wähner (Creuzburg).

---

424) **Field**: Case of brain lesion with hemiplegia on the same side and uniocular neuritis on the opposite side.

(Brain. 1881. Part. XIV. pag. 247.)

Ein 23jähriger sonst gesunder Mann wurde drei Jahre nach syphilitischer Infection hemiplegisch; die Hemiplegie verlor sich bald wieder bis auf eine Schwäche in den Extremitäten der betreffenden (rechten) Seite; dagegen entwickelte sich geistige Schwäche. Nach drei Jahren traten paralytische Anfälle auf; dabei motorische Schwäche in den rechten Extremitäten, Verminderung der Sensibilität im linken Bein, leichte Ptosis des linken Augenlides, vorübergehende Diplopie, Retentio urinae, Dementia. Jene Anfälle von Somnolenz wiederholten sich, wurden durch Mercurialia und Jodkali merklich günstig beeinflusst. Vier Monate vor dem Tode eine Neuritis opt. sin. mit zahlreichen Hämorrhagien um die Papille; doch erlangte Pat. auf diesem Auge seine vollkommene Sehschärfe wieder. Zwei Monate vor dem Tode fehlt links der Kniereflex, war dagegen rechts verstärkt.

Bei der Autopsie fand sich Hydrocephalus int., Pachymeningitis in der Gegend des r. operculum, die ganze rechte Hemisphäre bis auf den Hinterhauptlappen und den vordern Theil des Stirnlappens erweicht. Die microscopische Untersuchung ergab, dass der

Herd aus einem Gewebe bestand, das einem wenig entwickelten adenoiden Gewebe glich, aus kleinen Rundzellen mit einem feinen Reticulum; an einigen Stellen war käsige Entartung eingetreten.

F. bedauert, dass er das Rückenmark nicht hat untersuchen können, da er bei Degeneration der Pyramidenbahnen diese in den Vorderstrangbahnen hätte finden müssen. — Der Umstand, dass die Neuritis opt. linksseitig war, spricht dafür dass sie nicht durch Druck vom (rechtsseitigen) Tumor, sondern ex continuo aus der Cerebritis entstanden sei.

Waehner (Creuzburg).

---

425) **Beevor**: On a case of tumour of the cerebellum with left hemiplegia.

(Brain. 1881. Part. XIV. pag. 250.)

Beevor giebt die ausführliche Krankengeschichte eines elfjährigen Knaben, der 5 Monate, ehe B. ihn sah, plötzlich an Kopfschmerzen und Erbrechen nach jeder Mahlzeit erkrankt war, vier Wochen darauf einen Anfall hatte, in dem das Gesicht nach rechts verzogen wurde, allmälig anfing, schlecht zu sehen und zu schielen, und endlich drei Monate nach dem Eintritt jener ersten Symptome begann, taumelnd zu gehen, dabei nach vorwärts und nach links umzufallen und die Kraft in den linksseitigen Extremitäten zu verlieren. Als der Kranke in Behandlung kam, erschien er als ein blöder, stumpfer Junge, schlief viel, hatte oft über Schmerzen im Vorderkopf zu klagen, erbrach, wenn er gegessen hatte, aber auch sonst. Der linke Mundwinkel weniger bewegt; Strabism. int. sin., beiderseits Mydriasis und Reactionslosigkeit der Pupillen; Rotation der bulbi nach oben und unten aufgehoben; Zunge weicht nach links ab; Schlingen beschwert: Obere Extremitäten atrophisch, vorwiegend die linke; kann mit der linken Hand eine Stecknadel nicht aufheben; linke Schulter unbeweglich. Linke untere Extremität vollkommen gelähmt. Die Hautreflexe links sehr schwach oder aufgehoben; Kniephänomen beiderseits normal; Fussphänomen nur links in schwachem Grade. Beiderseits Neuritis opt. Gehör links stark geschwächt, rechts schwach. Andauernder Priapismus.

Nach einem Anfall, in dem Pat. bewusstlos, der Kopf nach links verzogen war, Opistostonus bestand, die Extremitäten steif waren, wurde Pat. schwächer und schwächer und starb ca. sechs Monate nach Beginn der Krankheit.

Bei der Section fand sich ein an der obern Fläche des Kleinhirns von der Dura mater ausgehendes Psammom, das, sich in der Mittellinie nach vorne erstreckend, bis zwischen die thalami opt. drang, dabei die corpora quadrg. vollständig abgeplattet hatte, ebenso den innern Theil des rechten thal. opt., das rechte crus cerebri und das rechte crus cerebelli ad cerebrum zusammengedrückt hatte.

B. sucht an der Hand dieses Befundes die Entstehungsweise jener Symptome zu erklären.

Waehner (Creuzburg).

---

426) **Eduard Hofmann**: Lehrbuch der gerichtlichen Medicin, mit gleichmässiger Berücksichtigung der deutschen und österreichischen Gesetzgebung. 2. vermehrte und verb. Auflage.

(Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg. 1881.)

Die 2. Auflage verdient in der That, eine vermehrte und verbesserte genannt zu werden, besonders weil sie die in der 1. Auflage fehlende *gerichtliche Psychologie* bringt. Im 5. (letzten) Hauptabschnitt des Buches, von S. 719 bis 849, behandelt H. die Lehren von der fraglichen Zurechnungsfähigkeit (S. 719), Dispositionsfähigkeit (812) und Verhandlungsfähigkeit (843), deren Verständniss er durch reichliche Casuistik erleichtert, oft im Anschluss an Krafft-Ebing's Lehrb. der ger. Psychopathologie, so präcis und klar, dass sie jeder Praktiker mit Vergnügen lesen und in zweifelhaften Fällen Belehrung darin suchen und finden wird.

Jedem Abschnitt wurden die gesetzlichen Bestimmungen Oesterreichs und Deutschlands vorangestellt.

I. Zurechnungsfähigkeit.

Einsicht in die Strafbarkeit verpönter Handlungen und *Fähigkeit* der Willensbestimmung sind die Bedingungen der Zurechnungsfähigkeit. Absolute Willensfreiheit existirt nicht, (wenn dies auch nicht überall so offen ausgesprochen wird, wie in dem Motivenbericht zum italien. St.-G.-Entwurf). Jene Einsicht und Selbstbestimmungsfähigkeit können fehlen oder nicht in dem nöthigen Grade vorhanden sein,

A) in Folge noch nicht erreichter physiologischer Reife, — bei Kindern und jugendlichen Individuen,
B) in Folge angeborener oder in früher Jugend erworbener psychopathischer Zustände,
C) durch vorübergehende oder dauernde Störung der psychischen Thätigkeit nach erreichter physiologischen Reife.

ad A: Das österr. St.-G. lässt die Zurechnungsfähigkeit mit dem 10. Lebensjahre beginnen, bestraft vom 10. bis 14. Verbrecher als Uebertretungen, bestraft das Alter bis 20 als Milderungsgrund und lässt bei ihm nie auf die Todesstrafe erkennen. Die Italiener lassen die Zurechnungsfähigkeit erst, trotz ihrer frühern Reife, $1/2$ bis 1 Jahr später beginnen, das deutsche St.-G.-B. wie der österr. St.-G-Entwurf mit 12 Jahren. Beide letzteren gestehen Straflosigkeit bis 18 zu, wenn die zur Erkenntniss der Strafbarkeit erforderliche Einsicht fehlt. Die Str.-Pr.-Ordnung für das deutsche Reich verlangt sogar, dass den Geschworenen die Frage nach der erforderlichen Einsicht vorgelegt werden muss.

Die erforderliche Einsicht kann fehlen a) aus äusseren Gründen (fehlende, schlechte, mangelhafte Erziehung werden im österr. St.G.-B. als Milderungsgründe ausdrücklich genannt), b) aus inneren Gründen (cf. bei B) wegen Schwachsinn, Sinnesmangel, Verzögerung der geistigen Entwickelung aus physiologischen Ursachen oder durch Krankheit, die den Schulbesuch verhinderte oder den Unterricht nicht genügend in- oder extensiv werden liess. — In den gesetzlichen Bestimmungen vermisst H. nebst der fehlenden Einsicht die

ungenügende *Willenskraft*, die trotz normaler Intelligenz gerade bei jugendlichen Verbrechern oft vorliegt.

ad B. 1) Angeborener Blödsinn a) Idiotismus höchsten Grades, Intelligenz und Sprache fehlen ganz, b) geringere Grade von Idiotismus, c) Schwachsinn mit noch vorhandenen abstracten Vorstellungen. Die unter c gehörenden Individuen sind z. Th. zurechnungsfähig, z. B. für Diebstahl. Bei ihrer Beurtheilung ist immer zu erwägen, in welchem Grade hinderte ihr Schwachsinn, die Strafbarkeit zu erkennen. Unter aussergewöhnlichen Verhältnissen oder wenn der verbrecherische Impuls plötzlich an sie herantritt, bei Befriedigung des Geschlechts- und des Nahrungstriebes etc., sind die meisten nicht mehr fähig, zu überlegen und sich für Unterlassung einer strafbaren Handlung zu entscheiden; häufig bei Schwachsinn, anderen Anomalien, namentlich Bildungsfehlern am Schädel. Wie diese fehlen hönnen, so kommen umgekehrt Bildungsfehler vor ohne psychischen Defect, Cretinismus ohne Geistesstörung. Andere Symptome anomaler Function des Central-Nervensystems sind die neuropathische Constitution, Convulsionen, Lähmungen, Chorea.

2) Der angeborene Sinnesmangel, bes. die Taubstummheit. Die unterrichteten Taubstummen sind anders zu beurtheilen als die nicht unterrichteten. Letztere stehen den Blödsinnigen gleich, Erstere erlangen die gesetzliche Reife resp. die erforderliche Einsicht später als normale Menschen. Ihre Zurechnungsfähigkeit wird noch dadurch gemindert, dass oft angeborener Blödsinn oder andere psychische Anomalien vorhanden sind. Bei Prüfung ihres Geisteszustandes sollte immer ein Taubstummen-Lehrer zugezogen werden.

3) Originäre psychische Anomalien specifischer Art: psychopathische Constitution, erbliche Belastung, moralisches Irresein. Bei diesen Zuständen findet man weniger Störung der Intelligenz als abnormes Verhalten der übrigen psychischen Thätigkeiten. Besonders ausführlich wird hier das moralische Irresein behandelt. Erziehung und Stand, das individuelle Temperament und der Grad des Defects bedingen die vielfachen Variationen des Krankheitsbildes. Mit Schüle stellt H. 2 Grade des Defects auf: in dem höchsten fehlen sittliche Vorstellungen und Gefühle vollständig, in dem geringeren bilden diese Vorstellungen nur todte Schemata. Zuweilen betrifft der Defect nur die feineren, höheren Gefühle. Oft besteht Schwachsinn. Wo die Intelligenz scheinbar intact ist, wird das unmoralische Benehmen sogar durch feines Räsonnement motivirt (Folie raisonnante). Die Unzugänglichkeit für fremde Logik beweist die geistige Schwäche. Nicht selten findet man abspringenden Ideengang, fixe Ideen, Störung der Reproduction (scheinbare Verlegenheit). Sind sie apathisch, so fallen sie weniger auf, sind sie agitirt, so werden sie gemeingefährlich. Es ist nicht immer leicht, den Nachweis fehlerhafter Organisation der psychischen Organe als Ursache der moral insanity zu führen. Die Art des Verbrechens allein beweist nichts. Für den qu. Nachweis sind erforderlich 1) die Anamnese, 2) die klinische Untersuchung des betr. Individuums und zuletzt erst 3) die Erwägung der verbrecherischen Handlung.

ad 1) Erörterung der Familienanlagen. Moralisches Irresein ist oft das 1. Symptom der in einer Familie beginnenden Degeneration oder der Ausdruck einer bereits überkommenen defecten Organisation. Sind bereits psych. oder neurotische Erkrankungen in der Familie vorgekommen? Wie hat sich das Individuum körperlich und geistig entwickelt? Oft bleibt die fehlerhafte Anlage latent, bis sie sich bei Gelegenheit — Krankheit, Verletzung bes. des Schädels, psychische Insulte, Pubertätsentwicklung — zu zeigen beginnt.

ad 2) Asymmetrie des Schädels, des Gesichts, Mikrocephalie, abgeplatteter Hinterkopf, siegende Stirn, abnorm stark entwickelte Kiefer; bei habituellen Verbrechern fand Lombroso oft dunklere Färbung der Haut, dichtes grauses Kopfhaar, spärliches Barthaar, grosse abstehende Ohren; grössere Aehnlichkeit der Körperbildung beider Geschlechter, angewachsene oder fehlende Ohrläppchen, mangelhaft entwickelte Genitalien, Motilitätsstörung (Epilepsie pp.), vasomotorische Neurosen u. a. Zustände, die aber nicht durchaus für Degenerationszeichen aufgefasst werden dürfen; — Gemüthsstumpfheit bei zuweilen abnorm grosser Reizbarkeit, unmotivirter Stimmungswechsel, Anomalien des geschlechtlichen Fühlens, frühzeitige Entwicklung des Geschlechtstriebes, hochgradige geschlechtliche Erregbarkeit, Onanie, Perversität des Geschlechtstriebes (conträre Sexualempfindung, manche Fälle von Paederastie, Sodomie, Anthropophagie, Leichenschändung, Misshandlung, Tödtung, Zerfleischung als Ausdruck der Befriedigung des Geschlechtstriebes).

Viele hierher gehörige Handlungen sind deutlich instinctiv, triebartig, ohne äusserlich erkennbare oder dem Thäter begreifliche Motive, nicht durch Wahnvorstellungen oder krankhafte Stimmung verursacht (impulsives Irresein). Andere originär psychopathische Zustände sind durch *periodisches* Auftreten gewisser anomaler Erscheinungen oder die Geneigtheit zu periodischer Exacerbation gewisser habitueller Zustände ausgezeichnet. Diese *Paroxysmen* treten spontan (epileptiform) oder nach gewissen Gelegenheitsursachen (Affecte, Excessus in Baccho et Venere) ein. Sie verlaufen in der Form periodischer Melancholie oder Manie oder so, dass Melancholie und Manie unmittelbar auf einander folgen und nach einem mehr oder weniger langen freien Intervall sich wiederholen (Folie circulaire). Sie treten gewöhnlich ohne Prodrome ein. Meist bestehen sie nur in krankhafter Verstimmung und der dieser entsprechenden Veränderung des Characters, ferner in impulsiven Handlungen, während die Vorstellungsthätigkeit *inhaltlich* wenig alterirt erscheint. Besonders treten Wahnvorstellungen seltener auf als bei den analogen genuinen Irreseinsformen. Die periodische Manie zeigt sich oft nur als maniakalische Exaltation mit perversen Trieben und unsittlichen Neigungen.

Alle hierher gehörigen Individuen zeigen übrigens schon früh eine grosse *Labilität des psych. Gleichgewichts*, z. B. in der Intoleranz gegen Alcoholica.

ad c) Hier behandelt H. ausser den eigentlichen *Geisteskrankheiten* auch die *transitorischen Bewusstseinsstörungen* physiologischer

Natur (Traum, Schlaftrunkenheit) und die durch toxische Einflüsse (Rausch) und fieberhafte Erkrankung veranlassten.

Hauptmann (Gleiwitz).

---

427) **Pelmann** (Grafenberg): Einige gerichtlich-medicinische Gutachten über zweifelhafte Gemüthszustände.

(Friedreich's Blätter für ger. Med. etc. 1881. II. u. III. Heft.)

Die 3 ersten Fälle betreffen den sogen. Querulantenwahnsinn.

Erster Fall. Der Schreiner W. verwundet den Kaufmann S. erheblich durch einen Revolverschuss auf der Strasse am hellen Tage, um dadurch vor die Assisen zu kommen und eine alte Prozesssache gegen S. zum Austrag zu bringen. Die Anamnese ergibt erbliche Belastung Seitens des Vaters, der ein exaltirter Mensch war und sein wirthschaftliches Heruntergekommensein dem S. zuschrieb. Er starb an akutem Hirnleiden, 67 Jahren alt. Inkulpat ist excentrisch und etwas arbeitsscheu gewesen. Bis vor 2 Jahren ging es ihm gut. Mit finanzieller Noth stellte sich melancholische Verstimmung, sowie unklare Verfolgungsideen ein und er wurde seit 6 Monaten auffallend durch Rachegedanken gegen S. Die körperliche Untersuchung ergibt stechende Augen, lebhaftes Minenspiel des 31jährigen, mässig kräftigen Mannes. Rechte Pupille erweitert, linke Gesichtshälfte schwächer innervirt, Sprache häsitirend. Explorat litt an Bettnässen und ist angeblich sexuell von schwacher Empfindung.

Geistig bietet er starke Selbstüberschätzung und fühlt sich von S. in seinem Recht gekränkt. Seine That war nach seiner Ansicht völlig berechtigt, er bereut sie nicht.

W. starb später in der Pflegeanstalt an Lungentuberculose.

Bei dem zweiten Fall handelt es sich um einen Wahnsinnigen, der durch die Entmündigung zum Querulanten wird. Derselbe sieht vorzeitig gealtert aus, seine Schläfenarterien sind stark rigid, seine Ernährung schlecht. Lungen und Herz bieten Anomalien dar. In seiner Familie kommen Geistesstörungen vor, sein Vater war aufbrausend, Explorat schon als Kind rechthaberisch. Seit einer wiederholten Erkrankung an Gelenkrheumatismus wird er hochfahrend, excentrisch, will als Kaufmann den Gelehrten spielen," arbeitet nicht, übersetzt französische Dichter. Mit seiner Familie verfeindet er sich. Er leidet an Hallucinationen des Gehörs und wahrscheinlich auch an Wahnvorstellungen. In den letzten Wochen hypochondrische Erregung. Explorat bietet einerseits hochgradige Selbstüberschätzung als Produkt seiner krankhaften Geistesthätigkeit dar, andrerseits wird er durch das Interdiktionsverfahren zum Queruliren veranlasst, da er sich natürlich nicht allein für gesund, sondern für einen der gescheutesten Menschen hält. Mit dieser Selbstüberschätzung hängt auch seine Hypochondrie zusammen. Es folgen einige Briefe des H., welche für seinen geistigen Zustand charakteristisch sind.

Die dritte Mittheilung enthält den Schluss eines kurzen Berichts des Kranken über die Veranlassung seiner Aufnahme in die Anstalt und ist nicht referirbar.

Der vierte Fall ist folgender: Der 24jährige U. verwundet seine Grossmutter schwer durch einen Schuss, weil dieselbe seinen

Vater, ihren Stiefsohn, hat pfänden lassen und zeigt sich bei seiner Verhaftung berauscht. Die Thatsache, dass U. an Epilepsie leidet, führt zu seiner längeren Beobachtung in der Anstalt. Das ärztliche Gutachten über seinen Gemüthszustand führt zunächst an, dass die ganze rechte Seite des U. geringer entwickelt ist, als die linke. Am stärksten ist der Unterschied der beiden Oberextremitäten, indem die Muskulatur der rechten geschwunden, die Hand verkrüppelt und der Oberarm beinahe unbeweglich an den Thorax angedrückt ist. Auch besteht rechts fast völlige Anästhesie und Analgesie, während die Reflexerregbarkeit bedeutend erhöht ist.

Anamnese: Ascendenz normal, im 4. Jahre Schlaganfall mit lange zurückbleibender Lähmung und Sprachlosigkeit, auch datirt von da die Verunstaltung der rechten Seite. Vom 16. Jahre ab epileptische Anfälle von grosser Häufigkeit, dazwischen Tage zwecklosen Umherlaufens. Geistige Begabung gering, besonders im Rechnen. Das Gutachten deducirt aus diesen Daten, dass die eine Hirnhälfte der Sitz einer dauernden Entartung (apoplektische Narbe und Atrophie der Substanz) geworden ist, welche die geistige Entwicklung beeinträchtigen musste.

Ein Symptom davon ist auch die Epilepsie, welche nach neueren Erfahrungen die freie Selbstbestimmung in verschiedener Weise beeinträchtigen kann. Hier ist zunächst die Zeit vor und nach dem Anfall, in welcher tobsüchtige Erregungen vorkommen, die sich durch die Neigung der Kranken zu Gewaltthätigkeiten aller Art auszeichnen. Charakteristisch für sie ist der Anfall, die rasche Entstehung, die Heftigkeit und die völlige Amnesie. Dieser Zustand liegt hier nicht vor, doch treten auch ohne vorangegangene Krampfanfälle bei Epileptikern solche Zustände auf, welche länger anhalten können und nicht so heftig sind (larvirte oder vicariirende Epilepsie). Auch hier besteht mehr oder minder starke Amnesie. Wiewohl U. an solchen Zuständen leidet, glaubt das Gutachten sie nicht zur Erklärung verwerthen zu können. Endlich führt Epilepsie oft zur Geistesschwäche, dem epileptischen Blödsinn, der jedoch bei U. noch nicht vorliegt. Es bleibt demnach nur die eigenthümliche Gemüthsreizbarkeit übrig, welche den Epileptikern eigen ist und sie zu krankhaften Willensäusserungen geneigt macht. Dabei besteht Intoleranz gegen Alkohol, welcher Zustände rasch vorübergehender Geistesstörung erzeugt. Dieselbe Wirkung haben Gemüthseindrücke. Hierzu kommt der früh erworbene Schwachsinn, der den U. das Verwerfliche seiner Handlung auf Grund ethischer Vorstellungen nicht einsehen lässt. Die Frage, ob U. zur Zeit des Mordversuchs betrunken gewesen sei, verneint das Gutachten auf Grund der fehlenden Amnesie. In der Anstalt zeigte er sich gleichgültig. Das Gutachten rekapitulirt nochmals in Kürze, deducirt bei dem Angeklagten eine partielle Zurechnungsunfähigkeit und beantragt seine dauernde Unterbringung in der Anstalt wegen Gefährlichkeit. Auf Grund des Gutachtens zweier anderer Sachverständigen, die ihn für geistig gesund erklären, sowie seines Läugnens, das falsch interpretirt wird, wird U. zu 15 Jahr Zuchthaus verurtheilt. P. erwähnt zum Schluss noch die wissenschaftliche Möglichkeit, dass man den

Zustand des U. zur Zeit der That als präepileptischen auffassen könne, gefolgt von einem epileptisch-psychischen Aequivalent, das seinerseits durch Affekt und Alkohol hervorgerufen wurde.

Das folgende Gutachten betrifft eine Simulation, bei der die Entstehung der Simulation nach Zeit und Ursache bestimmt nachgewiesen werden konnte. Es werden über dieselbe 2 Gutachten mitgetheilt, von denen das erste auf Grund nur einmaliger Untersuchung im Gefängniss zwar auf Simulation lautet, jedoch behufs völliger Sicherstellung eine längere Beobachtung in der Anstalt beantragt. Die des Versuchs der vorsätzlichen Brandstiftung beschuldigte Frau W. stellt jede Erinnerung an ihre That in Abrede. Da es sich sonach nur um Epilepsie, oder um epileptische Seelenstörung bei ihr handeln kann, so frägt es sich ob Frau W. daran leidet, sowie ob sie zur Zeit der That sich in einem epileptisch gestörten Zustande befunden hat. Weder die näheren Umstände der That, noch die Zeugenaussagen geben den geringsten Anhalt für diese Angabe. Sie ist klein, blass und hat schlaffe Züge, die Zunge frei von Bissnarben, Schädel nirgends empfindlich, die Sprache ist geläufig, das Reden langsam, als ob sie ihre Worte erwäge. Sie will im 14. Jahre den ersten Anfall gehabt haben, seitdem, also in 32 Jahren noch 2 Anfälle. Auch in der Anstalt setzt sie ihr Lügensystem fort und ahmt z. B. einer schwachsinnigen Stubengenossin nach, welche auf alle Fragen nur „das weiss ich nicht, kann ich nicht sagen“ antwortet.

Der letzte Fall betrifft eine ebenfalls geistig gesunde Frau, welche jedoch nicht simulirte. Dieselbe war des Meineids, sowie der Verleitung dazu angeklagt und der Vertheidiger machte geltend, dass der Vater der G. geisteskrank gewesen, ihr Sohn es noch sei und andere Verwandte an Irrsinn gelitten hätten.

Das Gutachten sollte also feststellen, ob die erbliche Belastung der Frau G. bis zum Ausschluss der freien Willensbestimmung bei Begehung der strafbaren Handlung gelangt sei. Es steht fest, dass Geistesstörung in der Ascendenz sehr oft die einzige Ursache der Geistesstörung bei der Descendenz ist, jedoch wird diese im konkreten Fall stets nachgewiesen werden müssen. Im vorliegenden Falle lässt sich die Geistesstörung des Vaters nicht mehr beweisen. Dagegen sind Schwester und Nichte geisteskrank, der Sohn erst nach Kopfverletzung. Exploratin ist 68 Jahre alt, weint leicht und klagt über Gedächtnissschwäche, die jedoch nicht erheblich sein kann. Sie stellt sich als unschuldig, die Anklage als Verläumdung und Lüge dar. Nimmt man an, sie sei zur Zeit der That unzurechnungsfähig gewesen, so handelte sie entweder nach Art der Wahnsinnigen auf Grund einer Wahnvorstellung, oder ohne Unterscheidungsvermögen und ohne Ueberlegung nach Art der Kinder und Schwachsinnigen. Der Verrückte läugnet oder entschuldigt seine Handlung nicht, da er sich im Rechte glaubt. Auch sind dann noch andere Symptome vorhanden, ebenso bei periodischer Geistesstörung. Die Frau G. musste demnach hochgradig schwachsinnig sein, wofür ebenfalls keinerlei Anhaltspunkte vorliegen.

Landsberg (Ostrowo).

428) **v. Krafft-Ebing:** Tödtung des Dienstherrn im Zustand krankhafter Bewusstlosigkeit (Sinnesverwirrung) Epileptischer (?) Traumzustand.

(Friedreichs's Blätter für gerichtl. Medicin. 1881. IV. Heft.)

Am 6. August 78 verwundet der Knecht St. seinen Dienstherrn tödtlich mittelst eines Messers, nachdem er zu demselben, dessen Dienst er am Morgen verlassen, anscheinend betrunken zurückgebracht und von ihm unsanft empfangen worden war. St. war während der 6 Wochen seines Dienstes stets verschlossen gewesen. Am 4. August war er unwohl, schlief in der Nacht schlecht, am Morgen des 5. fühlte er sich noch schlechter, hatte Schwindel, Trübung des Bewusstseins und kündigte dem Herrn, der ihn noch bis zur gesetzlichen Frist behalten wollte. St. verliess aus Furcht vor den Züchtigungsmitteln seines Herrn das Haus, trank dann in einem Gasthause, wo er auf seinen Herrn schimpfte, innerhalb 2 Stunden $^1/_8$ Liter nicht starken Schnaps und $^3/_{10}$ Liter Bier, nachdem er seit dem 4. früh Nichts genossen hatte. Er wurde dann ruhig, fing dann an zu singen und zu schwatzen, so dass ihm der Wirth die Thür wies; später begann er zu beten und sagte: „unser Herrgott hat mich auf die Welt geschickt als Engel und Evangelist“, wollte auch nicht bezahlen. Zwischen 12 und 1 Uhr stahl er der Zeugin B. ein Tuch von 20 Kr. Werth, das zum Trocknen hing und band es sich um. Sie nahm es ihm weg, schlug ihn und drängte ihn auf die Strasse. Er verfolgte sie mit einem offenen Messer in der Hand, schreckte aber vor dem Kettenhund zurück. Später hatte er einen ähnlichen Konflikt mit einem anwesenden Fleischer. Nachmittags auf einer Wiese liegend, sagte er zu einem Vorübergehenden: „Komm her, wenn du willst erstochen sein“. Ein vorüberfahrender Knecht lädt den anscheinend Berauschten auf und fährt ihn nach Hause, wo er ihn auf den Rasen legt und sieht ihn nach 7 Uhr sich hinter dem Hause herumtreiben. Als die Kuhmagd vorschlägt ihn zu züchtigen, sagt er: „O, ihr Schweine.“ Dem Herrn fiel schon um 5 Uhr sein stieres und wildes Aussehen auf. Um $7^1/_4$ Uhr erschrak die Frau des Herrn über sein wildes Aussehen und sah ein Messer in seiner Hand. Sie liess desshalb die Thür schliessen. Am 6. wird St. in einem 2 Stunden entfernten Städtchen verhaftet. Im Verhör weiss er nichts von allen Ereignissen des 5. Er ist erstaunt über den von ihm begangenen Mord und meint, der Schnaps müsse ihm zu Kopfe gestiegen sein. Er habe überhaupt einen schwachen Kopf und habe geistige Getränke nie vertragen. Am 6. früh sei er zu sich gekommen, habe aber noch den Kopf schwer gehabt. Am 12. Nov. 78 beantragt der Vertheidiger vor den Geschworenen seine gerichtsärztliche Exploration, zu welchem Behufe er am 7. Januar 79 in das Spital zu Graz geschickt wird.

St. ist 46 Jahre alt, uneheliches Kind, daher über seine hereditären Verhältnisse sich Nichts ermitteln lässt. Er war geistig schwach begabt, erst Soldat, dann Bergmann, zuletzt Tagelöhner. Als Kind litt er an Konvulsionen, als Knabe an Alpdrücken und nächtlichem Aufschrecken. Er sei stets gedächtnissschwach gewesen, habe Alkohol nie vertragen und nie Neigung zu Weibern gehabt.

Der Spott der Leute habe ihn menschenscheu gemacht. Er bekomme schon beim Bücken Schwindel. Actenmässig festgestellt ist, dass er sich vor Anfechtungen des Teufels fürchtete und viel betete, dass er geistig beschränkt, einsilbig, sonderbar, aber treu und fleissig war. Er trank nur selten, vertrug wenig und machte angetrunken den Eindruck eines Geisteskranken. Er war dann heiter, gesprächig, spielte und tanzte, hatte auch Visionen, Geschlechtstrieb wurde nie bemerkt. Zu Zeiten war er schlaflos, zu Zeiten schlief er sehr fest. Die Amnesie besteht nach wie vor. Er hält diesen Zeitraum selbst für krankhaft und erzählt von dem öfteren Eintritt solcher Ausnahmezustände „Träume“, in denen er mannigfache Visionen religiösen Inhalts hatte. Die Anfälle dauern über einen Tag und hinterlassen Betäubung, Schwerbesinnlichkeit und Mattigkeit. Er sei auch oft in denselben aus dem Bette gefallen, habe auch öfter in dasselbe urinirt, auch bei Tage. Auch ausserhalb der Anfälle hatte er oft Visionen, begleitet von Hallucinationen der Hautnerven und des Geruchsinnes. Masturbation gibt er nur indirekt zu. Er ist still, schweigsam, nervös, betet zuweilen für arme Seelen. Der Schädel ist in allen Durchmessern verkleinert, Pfeilnaht gekielt, Haltung schlaff, rechte Pupille erweitert, rechter Mundwinkel tiefer stehend. Ab und zu Schwindel mit heftigem Zittern des Kopfes, Lippen und Zunge zittern beim Vorstrecken. Explorat ist hochgradig anämisch, mässig schwachsinnig. Während mehr als eines Jahres hatte er nie epileptische Anfälle, war jedoch alle 6—8 Wochen mehrere Tage lang nervös, niedergeschlagen, scheuer als sonst, sehr blass, klagte über Schwindel und zitterte stark mit dem Kopfe.

Gutachten.

J. St. ist organisch belastet, wofür mannigfache Degenerationszeichen sprechen. Er ist originär schwachsinnig und characteristisch abnorm. Ausserdem sprechen die eben geschilderten Symptome für eine chronische Affektion des centralen Nervensystems. Hierzu tritt noch psychische Störung, theils in vorübergehenden Anfällen, theils in auf Hallucinationen beruhenden Wahnvorstellungen. Dass er zum Verbrecher wurde, erklärt sich nur aus temporärer tieferer Seelenstörung, wofür zunächst die völlige Amnesie für alle Vorgänge vom 5. VIII., 9 Uhr früh bis zum frühen Morgen des 6. spricht. Er muss demnach während jenes Zeitraums „bewusstlos“ im Sinne der neueren Strafgesetzgebung gewesen sein. Solche Zustände sind häufig die Folge von Berauschung. Dass St. jedoch, trotz des Consums von Schnaps und Bier am Morgen des 5. nicht berauscht war, beweist, dass er schon vor dem Consum sonderbar erschien, ferner die unbedeutende Menge der genossenen Getränke, das mehr delirirende Verhalten, die Lebendigkeit seiner Bewegungen, endlich die lange Dauer des Zustandes.

Auch ein pathologischer Rauschzustand muss ausgeschlossen werden, da sich ein solcher als mania transitoria ebriosa oder als akutes panphobisches hallucinatorisches Delir, nicht aber als deliranter Traumzustand äussert. Von diesen weicht auch die typische, pathologische Reaktion des St. gegen Alkohol völlig ab, die sich nur als leicht maniakalische Exaltationserscheinungen mit maniearti-

gem Anstrich äussert. St. befand sich demnach am 5. in einem Zustande krankhafter Bewusstlosigkeit. Alle Leute halten ihn für rauschig, aber nicht für einen gewöhnlichen Betrunkenen. Er sieht mürrisch aus, singt, delirirt, faselt von göttlicher Mission, dämmert herum, eignet sich in ungenirter Weise ein höchst geringwerthiges Stück Wäsche an. Er handelt feindlich und delirirt weiter. In diesem Zustande kommt er mit dem früheren Dienstherrn zusammen, sticht ihn ohne Affekt, ohne Motiv nieder und setzt gelassen seinen Weg fort. Anderen Tages in der nahen Stadt verhaftet, glaubt er nicht an den Grund seiner Verhaftung. J. St. befand sich demnach zur Zeit der That im Zustande einer krankhaften Sinnesverwirrung. Das Strafverfahren wurde wegen Unzurechnungsfähigkeit aufgehoben und St. der Irrenanstalt übergeben.

Klinische Epikrise. St. litt als Kind an Convulsionen, als Knabe an Alpdrücken. Seit 15 Jahren bot er Dämmerzustände, elementare Hallucinationen mit erheblicher Bewusstseinstörung und summarischer Erinnerung, ausserdem zeitweise Traumzustände mit religiösem Inhalt des Delirs dar. („Gottnomenklatur“ Samt). Nach den Anfällen ist er betrübt, schwerbesinnlich, abgemattet. Er fiel öfter aus dem Bett, urinirte schlafend in dasselbe und hatte anderen Tages einen schweren Kopf. Dies wurde auf nächtliche Epilepsie und zwar auf convulsive Anfälle, das Uriniren in die Hosen bei Tage, in der Meinung, er sei auf dem Abort, auf epileptische Absenzen bezogen. Dass er während eines Jahres keine Anfälle hatte, beweist Nichts gegen das Vorhandensein einer epileptischen Neurose, zumal nun meistens als epileptoid aufzufassende Anfälle nicht fehlen. St. ist demnach vermuthlich Epileptiker, wofür auch die klinische Betrachtung seines Zustandes am 5. spricht. Am 4. und in der ihm folgende Nacht bietet er sensorische und psychische Symptome, die als Aura eines Anfalls gewöhnlich sind. Beim Aufstehen hat er einen epileptoiden Anfall von Zittern mit Trübung des Bewusstseins. Nach dem Anfall ist er noch nervöser und verlässt den Dienst. Gegen 9 Uhr beginnt der (postepileptische?) Traumzustand. St. hat auch früher solche Traumzustände gehabt, nur war derselbe zur Zeit der That viel tiefer, hinterliess daher völlige Amnesie und bot nur Fragmente von schreckhaftem Delir. Interkurrent ist St. stuporös. Die Gewaltthat erklärt sich aus krankhaften Deliranten-Vorgängen und feindlicher Verkennung des Getödteten.

Landsberg (Ostrowo).

II. Verschiedene Mittheilungen.

429) Aus Leipzig. Das schon seit länger aufgetretene Gerücht von der Creirung einer *ordentlichen Professur für Neuropathologie* an hiesiger Universität tritt jetzt in das Stadium der Wirklichkeit. Die gedachte Lehrkanzel soll *voraussichtlich mit nächstem* Sommersemester eröffnet werden.

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Andernach, Provinc. - Irren - Anstalt, Volontairarzt, (Preusse), 600 Mark freie Station. 2) Halle a. Saale, a. II. Volontärarzt, 1050 Mark, freie Station. b. Assistenzarzt an der psychiatr. Klinik, 1500 Mark u. fr. Station. 3) Stephansfeld (Elsass), a) Assistenzarzt, 1200 M., fr. Stat. b) für die Filialanstalt Hörd, Assistenzarzt, 900 M. bei fr. Stat. Verpflichtung für ein Jahr. Meldungen an Director Dr. Stark in Stephansfeld. 4) Grafenberg (Düsseldorf), Volontairarzt sofort; 600 M., fr. Stat. 5) Dalldorf (Berlin), Volontairarzt, baldigst, 600 M. freie Stat. Meldungen an das Curatorium der Irrenanstalt der Stadt Berlin. 6) Wehnen (Oldenburg), Assistenzarzt, 1. September, 1200—1500 M., freie Station. 7) Düren, Volontairarzt, 15. Juli, 600 M., fr. Stat. 8) Asyl Schweizerhof (Stat. Zehlendorf), II. Arzt; freie Station und Gehalt nach Uebereinkunft. Bewerbung schriftlich beim Director Dr. Laehr. 9) Alt-Scherbitz (Prov. Sachsen), Volontairarzt, 15. Septbr.; 1200 M. und vollst. freie Station. Persönl. Vorstellung erwünscht. 10) Basel (psychiatr. Klinik), Assistenzarzt, 1. October. Meld. an Professor Dr. Wille. 11) Leipzig (Irrrenklinik), 2, Assistenzarzt; 1. Januar 1882. 1500 M., freie Station. Meldungen an Professor Dr. Flechsig. 12) Uckermünde, Prov.-Irr.-Anst., Assistenzarzt, 1200 Mark bei freier Station. 13) Osnabrück, Prov.-Irr.-Anst., II. Assistenz-Arzt, 900 M., fr. Stat. 14) Hildesheim, Prov.-Irr.-Anst., provis. Hilfsarzt, 900 M., fr. Stat. 15) Nassau (Wasserheilanstalt). Für Frühjahr 1882, psychiatrisch gebildeter Assistenzarzt, 1500 Mark, bei fr. Stat. 16) Leubus (Prov. Irren-Anstalt), Volontairarzt, 450 M. bei fr. Stat. Eine weitere Renumeration von 600 M. in Aussicht. 17) Owinsk, a) 1 Assistenzarz, b) 2 Volontairärzte, 18) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Creutzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Fraustadt (Posen), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Johannisburg (Gumbinnen), Krossen (Frankfurt a. O.), Königsberg i. Fr. (Coburg), Labiau (Königsberg), Minden (Minden), Münsterberg (Breslau), Nauen (Posen), Osterode (Königsberg), Schönau (Liegnitz), Stuhm (Marienwerder), Tuchel (Marienwerder) Worbis (Erfurt), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Besetzte Stellen. Sorau (brandenb. Landes-Irren-Anstalt), die in eine Assistenzarztstelle umgewandelte Volontairarztstelle durch Dr. Petersen aus Schleswig.

Auszeichnungen. Den rothen Adlerorden 3. Classe: Med.-Rath Stöhr, Kreisphysicus in Emden; Geh. San.-Sath Königsfeld, Kreisphysikus in Düren. Den rothen Adlerorden 4 Classe: Director Prof. Meyer in Göttingen; San.-Rath Joens in Kiel; Kreisphysicus Dr. Wachsmuth in Uelzen. Den Königl. Kronenorden: Director Dr. Snell in Hildesheim.

Ernannnt. Bezirksphysicus Med.-Rath von Chamisso zu Berlin zum Polizei-Stadtphysicus daselbst. Dr. Ziehe aus Liebstadt zum Kreisphysicus des Kreises Gerdauen. Dr. Wolf zum Kreisphysicus des Kreises Sprottau.

Auf eine anonyme, schwach humoristische Anfrage, ob die Personalien „stereotyp“ gedruckt würden, erwidern wir, dass eine offene Stelle so lange als offen registrirt wird, bis wir von der Direction der betr. Anstalt oder von dem neu angestellten Inhaber der Stelle selbst von deren Besetzung Kenntniss erhalten. Je prompter dies geschieht, desto mehr wird das Interesse der Anstalten und der Stellensuchenden Leser d. Bl. gewahrt. Wir bitten daher wiederholt um diesbezügliche Nachrichten. Der geehrte anonyme Correspondent sieht vielleicht jetzt den Ernst dieser Sache ein und gewährt uns für die Zukunft seine, wie es scheint, werthvolle Unterstützung, dann aber wohl mit offenem Visir. **Die Redaction.**

Coblenz, Druck von Ph. Werle (Entenpfuhl 12).

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. **15. October 1881.** **Nro. 20.**

INHALT.

I. Referate.

430) **Immermann** (Basel): Ueber die Theorie der Tabes dorsalis. (Vortr. in der Med.-Ges. zu Basel am 3. März 1881.)
(Corresp.-Bl. f. Schw. Aerzte. 1881, 19.)

Der Vortrag gipfelt in dem Versuche, sowohl für die *Sensibilitätsstörung* als auch für die *Ataxie*, welche *„beide zusammen genommen"* Verf. mit grossem Rechte*) das „eigentlich Charakteristische des tabischen Krankheitsbildes" nennt die anatomische Localisation festzustel-

*) Ich hebe das mit Absicht hervor mit Bezug auf den meines Erachtens nicht glücklichen Versuch, der Tabes, einer Systemerkrankung par excellence, diese Dignität zu nehmen. Erlenmeyer.

len. Vortr. glaubt im Gegensazte zu der Auffassung, die Anaesthesie sei die directe Folge der Keilstrangdegeneration, dass man *1. der Keilstrangdegeneration überhaupt nicht zur Erklärung der tabischen Anaesthsie bedarf, und dass 2. die Keilstränge überhaupt keine sensiblen Leitungsbahnen sind.*

Ad. 1: Es ist positiv und gewiss, dass ausser den Keilsträngen auch die angrenzenden *hinteren Wurzelfasern*, welche letztere doch entschieden sensibel sind, und deren krankhafte Irritation allem Anscheine nach die wichtigsten Erscheinungen des Initialstadiums provocirt, im Weitern nebst den *grauen Hintersäulen* bei Tabes regelmässig (wiewohl in verschiedenem Umfange) *degeneriren.* Die nothwendige Folge dieses Vorganges ist dann aber doch wohl eine *Anaesthesie* höheren oder geringeren Grades, wie sie entsprechend auch bei Tabes wirklich zu Stande kommt.

Ad. 2: Aber es ist ferner auch kaum denkbar, dass die Keilstränge die *virtuellen Fortsetzungen* jener von der Peripherie herkommenden sensiblen Bahnen seien, die, nachdem sie auf dem Wege der hintern Wurzeln in das Mark gelangt sind, zunächst sich in die grauen Hintersäulen einsenken und mit den Ganglienzellen der letztern, sowie mit dem Fasernetze der Grisea in Verbindung treten. Denn wären die Keilstränge solche virtuellen Fortsetzungen und trügen sie die sensiblen Erregungen zum Gehirne hinauf, so müssten sie folgerichtig in der Richtung von unten nach oben hin continuirlich (wenn auch nicht gleichmässig) *an Dickendurchmesser zunehmen*, da ja fort und fort *mehr* sensible Bahnen sich im Rückenmarke, als Leitungsorgane, factisch ansammeln. Nun aber zeigen ganz im Gegentheile die Keilstränge in der Höhe der Lendenanschwellung und der Halsanschwellung des Markes, gerade so, wie die Grisea selbst, zwei sehr deutliche Intumescenzen, um im Brustmarke, wie im obersten Halsmarke, also an *höher* gelegenen Puncten, sich je erheblich wieder zu *verschmächtigen*, was mit dem Wesen einer sensiblen *Sammelbahn* logisch geradezu unvereinbar erscheint. — Weit wahrscheinlicher ist es vielmehr, dass die benachbarten Goll'schen Stränge und die im hintern peripherischen Theile der Seitenstränge gelegenen sogenannten *directen Kleinhirn*seitenstrangbahnen Träger der *sensiblen* Leitung sind, da diese Abschnitte des Markquerschnittes, ebenso wie die motorischen Pyramidenbahnen der Seitenstränge und Vorderstränge thatsächlich von unten nach oben hin permanent an Dicke zunehmen; also wohl, wie diese, Sammelbahnen darstellen. Für die sensible Natur der Goll'schen Stränge und der Kleinhirnseitenstrangbahnen spricht aber weiterhin noch zweierlei: Erstlich nämlich degeneriren sie erfahrungsgemäss bei *Myelitis transversa* und totaler Unterbrechung der Rückenmarksleitung regelmässig in *aufsteigender* Richtung von dem Sitze des unterbrechenden Herdes, während umgekehrt die Pyramidenbahnen in eben diesen Fällen *ab*steigend von dem Unterbrechungsherde degeneriren. Sowie nun die absteigende Degeneration der motorischen Pyramidenbahnen sich erklären lässt aus der Loslösung des peripherischen Stückes dieser Bahnen von ihrem physiologischen Erregungscentrum, dem Gehirne, — so darf man umgekehrt vermuthen, dass Goll'scher Strang und

Kleinhirnseitenstrangbahn bei Myelitis transversa darum *aufsteigend* degeneriren, weil sie in den entsprechenden Fällen nicht mehr in normaler Weise *von der Peripherie her* in Erregung versetzt werden können, — oder mit anderen Worten: weil ihre physiologische Function diejenige eines *sensiblen Leitungsapparates* ist. Zweitens aber degeneriren diese nämlichen Abschnitte des Rückenmarkquerschnittes auch bei Tabes, wenn auch nicht primär, wohl aber regelmässig, wie es scheint, *secundär* in eingewurzelten Fällen des Leidens. Hier aber ist offenbar wohl durch die vorgängige Degeneration der sensiblen hinteren Wurzelfasern gleichfalls eine Unterbrechung der sensiblen Leitung von der Peripherie her gesetzt, und es befindet sich somit die erwähnte secundäre Veränderung in gutem Einklange nicht nur mit dem bei Myelitis transversa Beobachteten, sondern auch mit der Annahme, dass Goll'scher Strang und Kleinhirnseitenstrangbahn sensible Leitungsapparate sind.

Wenn nun aber diesem gegenüber daran festzuhalten ist, dass die *Keil*stränge aller Wahrscheinlichkeit nach *nicht* sensible, sondern irgend welche *andere* Functionen haben, so muss doch wohl auch die primäre Degeneration dieser Gebilde, — das sinnenfälligste anatomische Substrat der Tabes, zwar nicht Anaesthesie, wohl aber voraussichtlich irgend welche *andere* hervorragende Symptome des Krankheitsbildes der Tabes verursachen. Es liegt nun gewiss sehr nahe, die von den Sensibilitätssträngen unabhängige *Ataxie* tabischer Individuen mit der Keilstrangdegeneration ganz direct in genetische Beziehung zu bringen (Charcot), also den *Keilsträngen selbst coordinatorische Functionen zuzuschreiben.* Diese Annahme präjudicirt in keiner Weise die Frage nach dem Sitze der eigentlichen Coordinationscentren, welche letztern allem Anscheine nach im Rückenmarke, sondern lediglich im Gehirne (Corpora quadrigemina, Thalami optici, Kleinhirn) zu suchen sind (Goltz, Nothnagel). Denn es bleibt trotzdem ein anatomisches Desiderat, dass für die factische Ausführung der coordinirten Bewegungen intermediäre kurze Fasersysteme die verschiedenen Ganglienzellengruppen der grauen Substanz des Rückenmarks in passender Weise mit eiuander näher verbinden und dass solche associatorische Fasern im Marke da am Reichlichsten vertreten sind, wo die meisten und die mannigfaltigsten coordinirten Bewegungen ihren letzten Zuschnitt erhalten, nämlich an den Abgangsstellen der für die Innervation der obern und der untern Extremitäten bestimmten mächtigen Nervenplexus (Pl. brachialis und Pl. ischiadicus). Diesen Praesumptionen entspricht nun aber auch durchaus das schon früher berührte Verhalten des Volumens der Keilstränge in den verschiedenen Höhen des Markes (in specie die Intumescenz derselben im Lendenmarke und unteren Halsmarke, ihre Verjüngung ferner im Brustmarke und obern Halsmarke), welches den Entwicklungsgraden der grauen Substanz, also der Menge der jeweilen zu associirenden Ganglienzellen im Wesentlichen immer parallel läuft. Es würde nach allem Bemerkten der wesentliche Symptomencomplex der ausgebildeten Tabes sich ohne Frage so am Einfachsten anatomisch erklären lassen, dass man die Ataxie auf die Degeneration der Keilstränge, die Sensibilitätsstörungen hin-

gegen auf die Degeneration der angrenzenden hintern Nervenwurzelfasern und der grauen Substanz der Hintersäulen bezöge.

Leider aber ist die Zurückführung der Ataxie auf die Degeneration der Keilstränge noch nicht ohne Weiteres erlaubt, denn es lassen sich gegen die dahin zielenden Hypothesen auch zwei nicht unwichtige Einwände erheben. Einmal nämlich verlegen Ludwig und Woroschiloff auf Grund ihrer am Lendenmarke des Kaninchens gewonnenen Erfahrungen die coordinatorischen Bahnen des Markes nicht sowohl in die Keilstränge, wie vielmehr in die der *grauen Substanz unmittelbar anliegenden Regionen der Seitenstränge.* — Andererseits lehrte die Obduction des Falles *Remigius Leins*, dass bei ihm eine ausgedehnte Höhlenbildung im Rückenmarke, ein Hydromyelus existirte, der unter Anderem auch die Keilstränge des untern Halsmarkes zum Sitze und letztere vollkommen zerstört hatte (Schüppel). Dass mit diesem Obductionsbefunde sich die Beobachtung intra vitam (erhaltene Coordination der Bewegungen der *obern* Extremitäten) nur mühsam vereinen lässt, liegt auf der Hand, und so bleibt denn auch der entsprechende Theil des Symptomenbildes der Tabes (die locomotorische und die statische Ataxie) anatomisch vorläufig noch unerklärt.

---

431) **Martin de Bon** (Schweden): Ein Fall von acuter apoplectiformer Bulbärparalyse.

(Hygiea, (Organ der schwedischen Gesellschaft der Aerzte, redigirt von Dr. Martin Sondén) 1881. VIII.)

Der Fall, bei welchem als Ursache der Erkrankung Verengerung der Art. basilaris und beider Arteriae vertebrales mit secundärer Thrombose der letzteren anzusehen war, ist folgender: 48jährige Frau, welche schon 2 Jahre vor ihrem Tode an dumpfem, ständigem Nacken-Kopfschmerz litt, der sich beim Vorbeugen des Kopfes steigerte. In den letzten 14 Tagen des Lebens depressive Stimmung. Obstipation. Nach vergeblicher Anwendung von Chinin, Zincum valerian., Rhabarber trat plötzlich heftiges Erbrechen, Schwindel, Eckelgefühl, Frösteln, Unruhe, Angst bei vollem beschleunigtem Pulse ein, worauf nach einigen Stunden Schwierigkeit des Sprechens und des Schluckens und nach einigen weiteren Stunden vollständige Sprachlosigkeit und schnarchende Respiration eintrat, der am folgenden Tage vollständige Paralyse und der Tod nachfolgte. Hemiplegische Erscheinungen bestanden nicht; die rechte Pupille war erweitert und das Augenlid paretisch. Bewusstsein bis kurz vor dem Tode erhalten. Die Section ergab ausser Weichheit des Gehirns u. seiner Häute, Blutreichtum des Cerebellum, mit einigen nadelkopfgrossen Blutungen in demselben, Erweiterung der Ventrikel etc. die bereits Eingangs erwähnte Verengerung der Basilar- und Vertebralarterien. Ob es sich um Lues handelte konnte nicht festgestellt werden, da eine vollständige Section verweigert wurde.

Nach Husemann's Referat in
der medicin.-chir. Rundsch. 1881. 9.

---

432) **A. Nieden** (Bochum): Beiträge zur Lehre vom Zusammenhang von Hirn- und Augenaffectionen.

(Schluss.)

II. Gliosarcom des Pons und der Medulla rechterseits, Associationslähmungen der Augen, leichte Neuritis optica oc. utr. rechtsseitige Facialis-Paralyse, linksseitige Hemiplegie.

Es handelt sich um einen 26. Jahre alten, bis dahin absolut gesunden Mann, welcher sich ohne nachweissbare Ursache eine Lähmung eines Augenmuskels zuzieht, des Rect. externus des rechten Auges, wodurch Doppellsehen hervorgerufen wird.

Dieser Erscheinung folgt bald ein heftiges Erysipelas faciei, nach Ablauf desselben unter Zutritt von Cerebralerscheinungen, Kopfschmerz etc. die Augenmuskellähmung zunimmt, indem der Rectus internus des linken Auges in Mitleidenschaft gezogen ist.

Die Lähmung dehnt sich dann rasch auf den Facialis und Acusticus der zuerst afficirten rechten Seite aus, versetzt den Trochlearis und den Oculomotorius-Ast des Obliq. inferior des rechten Auges in Unthätigkeit, während sich gleicherweise dabei der Rectus superior und infer. des linken Auges mitafficirt zeigt, so dass also eine rein associirte Lähmung der Seitenbewegung der Augen nach rechts und nach oben, aussen und innen entsteht, während die übrigen vom gleichen Nervenstamm des Oculomotorius versorgten Muskeln in normaler Thätigkeit sich befinden und gleichweise die Störung des centralen und peripheren Sehens nur eine unbedeutende genannt werden muss.

Weiter folgen dann paretische Erscheinungen in der entgegengesetzten Körperhälfte, erst der oberen dann der unteren Extremität mit Schwindelzuständen, die allmälig in totale Paralyse übergehen.

Der Hypoglossus wird dann gelähmt, Deglutitionsbeschwerden und fast gleichzeitig Störungen in der Innervation der Sphincteren der Blase und des Mastdarms zeugen davon, dass der pathologische Process in der Schädelhöhle weitere Fortschritte macht, während die nur schwachen Stauungen am intraoculären Sehnervenende den Schluss nahe legen, dass kein stark raumbeengender Tumor in der Schädelhöhle sich etablirt habe.

Section: 24 Stunden p. m.

Aeussere Schädelverhältnisse normal, ebenso Galea und Diploe. Die Dura ist prall gespannt, starke venöse Stase in den Arachnoideal-Gefässen der rechten Hemisphäre vorhanden, die Gyri sind regelmässig entwickelt.

Die Gehirnsubstanz ist schlaff und wassereich, beide grosse Ventrikel sind stark und gleichmässig durch serösen Inhalt namentlich in ihren vorderen Hörnern erweitert. Das Ependym ist körnig.

Bei der Betrachtung der untern Hirnfläche zeigte sich die rechte Hälfte des Pons stark aufgetrieben, etwa um die Hälfte breiter, und in der an die Medulla oblong. grenzenden Partie, sowie im Process. cerebelli ad pontem bedeutend resistenter als die linke Seite.

Gegen die Medulla hin ist die Oberfläche etwas leicht durchscheinend und dieses Aussehen hat in noch höherem Grade die

rechte Hälfte der Medulla, die ebenfalls im Vergleich zur linken um das Dppelte vergrössert ist.

Dicht am Pons drängen sich aus der rechten Pyramide zwei halberbsengrosse, gallertartige Wülste hervor. Die Arter. basilaris ist nach links von der Mittellinie abgedrängt. Die Arachnoidea vor dem Pons ist stark getrübt und enthält ziemlich reichliche Flüssigkeit.

Der Nerv. facialis und acusticus der rechten Seite ist plattgedrückt und fühlen sich dieselbe härter an als die der linken Seite.

Die nähere Untersuchung des Pons ergibt, dass die obenerwähnte Härte nur die an die Medulla oblong. angrenzende Hälfte, sowie die Pedunc. cerebelli ad pontem einnimmt. Die Oberfläche erscheint kleinhöckerig.

An der Medulla selbst ist die Veränderung auf die rechte Pyramide und die Hälfte der Olive beschränkt.

Der 4. Ventrikel erscheint, von oben gesehen, in seiner rechten Hälfte, leicht die Mittellinie nach links überschreitend, stärker vorgewulstet. Unter dem Ependym zeigen sich Gefässverzweigungen. Die Striae acusticae sind stark ausgesprochen, die Raphe des 4. Ventrikels ist nach links gedrängt und die Farbe des Bodens weniger grau, mehr weisslich als normal.

Das Gewebe selbst ist schlaff. Der Vermis infer. und der Trigeminus zeigen sich nur wenig verändert. Weitere Abnormitäten liessen sich weder im Cerebrum, noch Cerebellum, noch auch in den Körperorganen nachweisen.

Die microscopische Untersuchung stellte den sarcomatösen Character der Geschwulst mit reichlichen kleinzelligen Elementen fest; letztere waren besonders dominirend in den gallertartigen Wucherungen der Pyramiden vertreten, so dass Verf. das Gesammtbild unter dem Titel eines Gliosarcoms zusammenzufassen sich für berechtigt hält.

III. Cystoide Entartung des Cerebellum dext., Neuritis optica besonders links, leichte Coordinationsstörungen, plötzlicher Tod.

Patient H. Keiler, 18 Jahre alt, stellte sich nach einer längeren Seereise nach Australien, wo er als Steward auf einem Segelschiffe Dienste geleistet hatte, mit den Klagen im Hospitale vor, dass er seit einem Jahre an starken Schwindelzuständen leide, die ihm oft das Gehen und Stehen unmöglich machten.

Er glaubt diese Kopferscheinungen herleiten zu müssen von häufigen Hieben, die ihm der Kapitän und Steuermann seines Schiffes mit einem Stückchen Tauende, wegen seines oft unbeholfenen Servirens bei den Mahlzeiten, über den Schädel applicirt hätten. Schon auf der Reise will er ein öfteres Schwanken über die linke Seite hin bemerkt haben, ohne dass sich jemals Krampfanfälle eingestellt hätten. Das Bewusstsein war stets frei, von weiteren Erkrankungen weiss er nichts zu berichten.

Nur, interpellirt wegen einer auffallenden Differenz in dem Knochengerüst der rechten und linken Augenschläfegegend, gibt Patient an, schon seit früher Jugend auf die Vorwölbung des Knochens des

rechten Oberaugenrandes aufmerksam gemacht worden zu sein. Trauma des Schädels an dieser Stelle wird verneint.

K. ist ein zartes, schwächlich gebautes Individuum mit blasser Gesichtsfarbe, unentwickelt und einem etwas stupiden Gesichtsausdruck. Derselbe wird vielleicht in etwas bedingt durch die eigenthümlich ungleichartige Entwicklung der beiden Gesichtshälften. Die rechte Seite ist vollständig schief, der Subraorbitalbogen ragt als dicker Höcker eines im allgemeinen bedeutend voluminöser gebildeten Frontalbeines hervor und hat das rechte Auge durch massige Entwicklung des oberen Orbitaldaches um etwas nach unten dislocirt.

Bei der Palpation fühlt sich die Masse wie normales festes Knochengewebe an und ist der Druck nicht schmerzhaft.

Die Augenbewegungen geschehen gleichmässig und normal, Coordinationsstörung in der Bewegung der Augäpfel besteht nicht.

Der Augenspiegel ergibt normale brechende Medien, der Augenhintergrund ist bis auf neuritische Schwellung der Papillen, besonders des linken Auges hin, normal. Auch diese erweist sich als in nicht beträchtlicher Weise entwickelt, die Grenzen der Scheibe sind verwischt, die Venen zeigen leichte Schlängelung, die Farbe ist eine diffus röthliche. Die S. erweist sich dabei beiderseits intact.

Beim Gange zeigt Patient eine Neigung, nach links leicht abzuweichen, gleichwie bei ruhigem Stehen auf beiden, sowie auf einem Beine mit offenen, mehr noch bei geschlossenen Augen ein Senken des Körpers nach der linken Seite zu bemerkbar wird. Weitere Motilitätsstörungen, sowie solche der Sensibilität liessen sich nicht nachweisen.

Temperatur und Puls erweisen sich als normal und Patient wurde zu weiterer Beobachtung aufgenommen.

Die allgemeinen Erscheinungen blieben in den folgenden Tagen die gleichen, über Kopfschmerzen klagte Patient zeitweilig, doch wurde derselbe nicht genauer localisirt. Der Schlaf war ungestört. Nur die intraoculären Erscheinungen der beiderseits constatirten Schwellung der Sehnervenscheiben nahmen in den nächsten Tagen rasch zu. Die Contouren der linken Papille wurden diffus, die Farbe nahm eine streifige Trübung an, die Venen verliefen stärker geschlängelt, die Arterien zeigten kleineres Caliber.

Subjectiv äusserte Patient keine Klagen, und konnte danach die Diagnose nur auf einen wahrscheinlich in der Schädelhöhle vorhandenen pathologischen Process gestellt werden, wobei von jeder weiteren Definition betreffend der Localisation, Art, Zusammenhang mit der Hypertrophie des rechten Frontalbeines, Abstand genommen werden musste.

Plötzlich, am 3. October Abends, 8 Tage nach der Aufnahme des Patienten in das Hospital, trat ein Starrkrampf ein.

Am Nachmittage desselben Tages hatte Pat. über starkes Uebelsein geklagt, und war einmal reiches, speisehaltiges Erbrechen erfolgt. Kopfschmerz war dabei nicht vorhanden gewesen. Kurze Zeit der Ruhe hatte genügt, um vollkommenes Wohlgefühl herbeizuführen und wurde die Nachbarschaft des Pat. erst einige Stunden

nach ruhigem Schlafen durch das eigenthümliche Stöhnen desselben auf seinen Zustand aufmerksam.

Es wurde ärztlicherseits unruhiges Hin- und Herwerfen des Pat. im Bette constatirt, die einzelnen Glieder waren alle flexibel, der Puls sehr retardirt 50 p. M., unregelmässig und schwach. Das Bewusstsein war nicht klar, Pat. hörte starkes Anrufen, giebt aber auf gestellte Fragen keine Antwort. Athmung stertorös, tiefe Inspirationen. Die Pupillen beiderseits stark erweitert, reagiren auf Lichtreize nicht. Die Temperatur ist unter Normal. Ord. Ableitung.

Der Zustand bleibt für 2 Stunden der gleiche, die Unruhe nimmt anfangs noch zu, stöhnende Töne werden ausgestossen, bald treten Rasselgeräusche der Lunge hinzu und endet Pat. kurz darauf in tiefem Sopor.

Section 11 Stunden p. m. Starke Todtenstarre, reichliche Todtenflecken. Hyperämische, dickschwartige Galea, die sich leicht von der Schädeloberfläche löst. Prominenz des äusseren Theiles des Os. frontis dext. um circ. 2,5 Cm. vor dem des linken Stirnbeins in gleichmässig entwickelter Tuberositas des Knochens bestehend.

Die Schädeldecke bis auf diese Partie hin dünn, an einer der Sutura sagittalis nahen Stelle durch Pacchioni'sche Granulationen fast zur Papierdünne usurirt. Die Diploë kaum angedeutet, reichliche Impressionen überall vorhanden.

Die erwähnte Protuberanz des rechten Stirnbeines besteht aus einer compacten, taubeneigrossen und ca. 2 Cm. dicken Ostose, die nach aussen, dem Process. zygomaticus zu, am meisten prominirt, das rechte Orbitaldach niedergedrückt hat und aus ganz gleichmässig gebildetem, normalem festen Knochengewebe besteht.

Die innere Schädelhöhle erscheint in Folge dieser Hyperostose ungleichmässig in ihrer Ausdehnung entwickelt, die räumliche Weite des linken Cavums ist grösser als die des rechten.

Die Dura haftet nirgends besonders fest an und zeigt starke venöse Hyperämie.

Ebenso findet sich die Oberfläche des Hirnes stark hyperämisch; Ungleichheit beider Hemisphären ist nicht zu entdecken, und ist nur die vordere, dem Knochentumor anliegende Partie des rechten Vorderhirns etwas platt gedrückt.

Bei der Herausnahme des Hirnes leert sich eine ziemlich reichliche, ca. 30—40 Grm. betragende, grünlich-gelbe, seröse Flüssigkeit. Das Hirn lässt sich leicht entbinden, ist von fester, derber Consistenz und dehnt sich nicht spontan bei der Entfernung aus dem Cavum cranii aus.

Bei der Betrachtung der Basis cerebri fällt die pralle trichterförmige Anspannung der über der Gland. pinealis gelegenen Centraltheile des Hirnes auf, gleichwie eine grössere Prominenz der rechten Kleinhirnoberfläche über die der linken Seite, während die äussere Gestaltung, Farbe und Zusammensetzung keine Differenz erkennen lässt.

Beim Druck auf diese Anschwellung tritt eine Entleerung von

Flüssigkeit in die inneren Theile des Gehirnes ein und fällt die mittlere Prominenz zusammen.

Die beiden Ventrikel der Grosshirnhemisphären sind stark erweitert, sämmtliche Cornua ausgedehnt und mit einer serösen Flüssigkeit angefüllt, die mit Leichtigkeit aus einem in den andern Ventrikel circulirt. Die Plexus chorioideae sind ödematös geschwellt, unregelmässig, rothblau gefärbt und lassen kein deutliches Gefüge mehr erkennen.

Gleicherweise ist der 3. Ventrikel stark dilatirt, der Aquaeduct. Sylvii weit ausgedehnt. Die Grenzgebilde treten deutlich makirt hervor uud lassen keine pathologische Anomalie erkennen.

Der 4. Ventrikel findet sich am stärksten erweitert, der Unterwurm ist verbreitert, die einzelnen Fasern sind erkennbar, doch verwaschen. Der Plex. chorioideus hat dieselbe Form und Structur wie oben angegeben.

Es lässt sich nun eine directe Communication dieses Raumes mit der *rechten* Kleinhirnhemisphäre nachweisen, die von einer ca. hühnereigrossen Cyste vollständig eingenommen wird. Dieselbe ist umkleidet von einer dünnen Schichte der Corticalis des Cerebellum, während die inneren Theile desselben zu vollständigem Schwunde gelangt sind und nur die untere Wand in ca. 1 Cm. Dicke sich erhalten hat.

Bei leichtem Drucke auf die zarte Hülle reisst dieselbe ein und lässt eine klare, grün-gelbliche, seröse, keine feste Partikel enthaltende Flüssigkeit austreten. Nähere Details an der unteren dickeren Schichte sind nicht mehr zu erkennen.

Die linke Kleinhirnhemisphäre ist vollkommen normal, von derber und fester Consistenz, Arbor vitae scharf ausgeprägt.

Gleicherweise findet sich die Medulla, abgesehen von leichten Compressions-Erscheinungen der Gebilde am Boden des 4. Ventrikels, normal.

Die rechte Orbitalhöhle findet sich weniger ausgedehnt und trichterförmiger gestaltet als die linke. Die Bulbi sind normal gelagert.

Beide Sehnervenscheiden sind durch seröses Exsudat ausgedehnt, die linke indess stärker als die rechte. Die Papille des linken Auges ragt ebenso stärker knopfförmig in den Glaskörperraum hervor, Hämorrhagien der Retina lassen sich nicht constatiren.

IV. Progressive Paralyse, Atrophia grisea nerv. optic. utr. 3 Jahre vor Eintritt der Psychose. Atrophie des Occipitallappen part. dextrae.

Es handelt sich um eine progressive Paralyse der Irren, bei einem 46jährigen Beamten bei welcher folgende bemerkenswerthe Erscheinungen constatirt wurden: 1) frühzeitiges Auftreten von Myosis und zwar gleichseitig auf beiden Augen, 2) einseitig vorhandene Amblyopia amaurot. des linken Auges, bedingt durch Atrophie des Sehnervenstammes, 3) Eintritt von Totalamaurose längere Zeit vor dem Inerscheinungtreten allgemeiner Cerebralstörungen, 4) durch die Section constatirter Schwund des Occipitallappens der rechten Grosshirnhemisphäre, welcher das kleine Gehirn nicht bedeckte.

Erlenmeyer.

---

433) **Profeta G.** (Palermo): Le malattie sifilitiche del sistema nervoso.

(Il Pisani 1881 12. 3.)

Dieser 72 Seiten umfassende Aufsatz bildet ein Capitel aus einem noch nicht erschienenen Lehrbuch der Syphilis.

Verf. ist entschieden der Ansicht, dass es die Gränzen des Erfahrungsgemässen überschreiten hiesse, wollte man aus der Qualität der Symptome eines Nervenleidens einen Anhaltspunkt gewinnen, um dessen specifische Natur nachzuweisen.

Bezüglich der Therapie empfielt Profeta eine combinirte antisyphilitische Behandlung, und zwar Jodkalium innerlich und Quecksilber subcutan.

In dem Capitel über pathologische Anatomie wird die Thatsache, dass bei syphilitischen Leiden des Centralnervensystems der nekroskopische Befund häufig den aus den Symptomen gezogenen diagnostischen Schlüssen nicht entspricht, durch mehrere hübsche Beispiele illustrirt; besonders häufig ist der Sectionsbefund ein für die jetzigen Hülfsmittel vollkommen negativer, wo man zu den schönsten Localdiagnosen berechtigt gewesen wäre. — Gummöse Tumoren oder Infiltrationen befallen vorzüglich die Hirnrinde der Vorderlappen, oder die Basis in der Nähe der Hypophysis, seltener das Kleinhirn.

Die Symptomatologie, welche 3 Capiteln (Sensibilität, Motilität, psychische Sphäre) umfasst, wird recht eingehend behandelt.

Die von einigen Autoren beschriebene Polidipsie und Polyurie bei Syphilitischen konnte P. ebenfalls gelegentlich beobachten.

Ueber die in letzter Zeit so vielfach discutirte Frage der Beziehung zwischen Syphilis und Tabes spricht sich Profeta nicht aus, hingegen meint er, dass die progressive Paralyse sehr häufig auf syphilitischer Basis entstehe.

Obersteiner (Wien).

---

434) **Rumpf** (Düsseldorf): Ein Beitrag zur Tabes-Syphilisfrage.

(Berl. Klin. Wochenschr. 1881. Nro. 36.)

Ein 53 J. alter Mann bot 15 Jahre nach einer syphilitischen Infection nahezu das gesammte Symptomenbild der Tabes mit lancinirenden Schmerzen, Gürtelgefühl, Ataxie, fehlenden Sehnenreflexen, reflectorischer Pupillenstarre, ohne Herabsetzung der Haut- und Muskelsensibilität. Die Tabes hatte sich etwa in 1/2 Jahre entwickelt. Unter einer energischen Schmiercur — es wurden mit kurzen Unterbrechungen 85 dreigrammige Einreibungen gemacht — verschwand nach 8 Monaten seit Beginn der Erkrankung das gesammte Krankheitsbild vollständig mit Rückkehr der Sehnenreflexe und der Pupillenreflexe.

Stenger (Dalldorf.)

---

435) **A. Broussie:** Réflexions sur un cas de Syphilis cérébrale.

(Extrait du Montpellier Médical. Avril 1881.)

Ein Offizier, der sich in seinem 25. Jahre einen Schanker zuzieht, 1 Monat später secundär-, 6 Jahre später tertiär-syphilitische Symptome zeigt (Gummata der Haut und Orchitis gumm.), wird jetzt von heftigen Kopfschmerzen ergriffen, denen ein Monat später links-

seitige Hemiplegie (auch des Gesichtes) mit fast vollständigem Verlust der Sprache folgt. Durch specif. Behandlung kehrt allmählig die Sprache zurück und verbessern sich die motorischen Störungen der linken Unterextremitäten und des Gesichtes. 15 Monat später erleidet Pat. plötzlich ziemlich schnell vorübergehende Sensibilitätsstörungen der rechten Seite (Ameisenkriechen, Anästhesie) und Aphasie. Abermalige Besserung nach specif. Behandlung. 8 Monate später traten häufige und hartnäckige Kopfschmerzen in der linken Hirnseitenwandgegend auf. Seit dieser Zeit stellen sich Contracturen der gelähmten Muskeln ein, (dabei verstärkte Sehnen- und Muskelreflexe, Myosis des linken Auges, epileptoides Zittern der gelähmten Glieder p.p.); zugleich zeigt sich Psoriasis syphil.; auch tritt abermals Aphasie auf; die Gesichtslähmung steigert sich; bulbäre Symptome werden beobachtet. Wieder Besserung nach specif. Behandlung. — Verf. bespricht nun die einzelnen Symptome: *die linksseitige Hemiplegie* verdanke ihre Entstehung weder einer Hämorrhagie noch einer Embolie, sondern einer rechtsseitigen syphil. Meningo-Encephalitis; dafür spreche das Alter des Pat., die anderweiten syphil. Symptome, der zeitliche Verlauf der Erscheinungen, der andauernde Kopfschmerz, der Nutzen der specif. Behandlung.

Rücksichtlich der *Sprachstörungen* sei der zuerst aufgetretene, schnell vorübergehende Verlust der Sprache auf Rechnung der die Hemiplegie begleitende Hirncongestion zu setzen. Beim 2. und 3. Male sei die Aphasie (wie schon von Mauriac p. p. angegeben) wahrscheinlich Folge von abwechselnden Congestionszuständen in der syphil. Hypertrophie der Meningen gewesen, daher intermittirend aufgetreten. Es habe sich aber um wirkliche, allerdings unvollkommene Aphasie gehandelt, da eine begleitende Glossoplegie nur leicht war, der Kranke Geschriebenes, wenn auch mühsam, lesen, dagegen Fragen, trotzdem er sie verstand und beantworten wollte, nicht beantworten konnte (in ähnlicher Weise habe auch das Schreibvermögen gelitten). Auffallend sei nun, dass diese Aphasie, die sich bekanntlich vorwiegend bei rechtsseitiger Hemiplegie finde, hier nur linksseitig auftrat. Es müsse deshalb hier auch ein zweiter gummöser Herd angenommen werden, der in der den linken vorderen Gehirnlappen bildenden Hirnhaut sitze; dafür spreche, dass die 2. Aphasie mit rechtsseitigen Sensibilitätsstörungen auftrat, der 3. ein Kopfschmerz vorherging, der sich auf die linke vordere Schädelgegend beschränkt. Die Intermittenz der Aphasie aber beruhe eben auf dem abwechselden Blutreichtum jenes patholog. Productes. — Die *rechtsseitigen Sensibilitätsstörungen* seien wahrscheinlich auf Circulationsstörungen in den aufsteigenden Seiten- und Stirnwindungen zu beziehen, insofern sich letztere in unmittelbarem Contact aus dem Sitze der die Aphasie bewirkenden Läsion, dem Fusse der 3. Stirnwindung befinden. (Grasset habe zuerst auf die Existenz und das häufige Vorkommen der Hemianästhesie mit Aphasie aufmerksam gemacht). Auch die *bulbären Symptome* (Pulsverlangsamung; Schluchzen, falls man dies nicht wie Broadbent als einen modificirten Brechact auffassen wolle) verdankten ihre Entstehung Circulationsstörungen im Bulbus in Folge der im Niveau des linken vorderen Hirnlappens

vorhanden gewesenen Congestion. Schliesslich sagt Verf., dass gerade Multiplicität und Intermittenz der Symptome, sowie Multiplicität der Läsionen characteristisch für Hirnsyphilis sei. Sein Kranker bedürfe fortgesetzte „gemischte antisyphil. Behandlung“ (zu gleicher Zeit Jodkali und Qecksilber); demnach sei die Prognose ungünstig, da die fortbestehende linksseitige Hemiplegie auf destructive Processe deute. Voigt (Oeynhausen).

---

436) **E. Schütz** (Prag): Aphasie als Initialsymptom von Meningitis tuberculosa.

(Prag. Med. Wochenschr. 1881. Nr. 31.)

Als die frühesten Symptome bei Meningitis tuberculosa der Erwachsenen beobachtet man gewöhnlich Kopfschmerz, Nackenstarre und Lähmungserscheinungen der verschiedenen Hirnnerven, während Aphasie im Anfang der Krankheit nur selten vorkommt. Verf. theilt folgenden kurz skizzirten Fall mit, in welchem Aphasia amnestica als Initialsymptom auftrat.

Ein Patient der seit 3 Jahren an einer Anschwellung in der Gegend des rechten Ellenbogengelenks litt, erkrankte plötzlich, bei vollständig intacter Intelligenz und Verständniss für das Gesprochene an einer Sprachstörung (Verlust der Sprache) d. h. er lässt beim Sprechen einzelne Wörter aus, die er nicht finden kann. Er sucht dieselben durch Geberden zu ersetzen, oder er bringt sie ganz entstellt vor. Mehrere Tage vor dem Auftreten der Aphasie bestanden unbedeutende Gliederschmerzen. Brust- und Baucheingeweide zeigten bei der Untersuchung normale Verhältnisse. Die Sensibilität und Motilität waren intact. Geringe Temperaturerhöhung. — Die amnestische Aphasie nahm in den nächsten Tagen zu, so dass schliesslich nur noch einzelne unverständliche Laute ausgestossen werden konnten, während das Verständniss für das Gesprochene blieb. Es gesellte sich dann Kopfschmerz und Nackensteifigkeit hinzu. denen leichte Paresen des rechten Facialis und Strabismus divergens des rechten Auges folgten. Mehrere Tage vor dem Tode maniakalische Anfälle. Hyperästhesie im Gesicht. Die Reflexe blieben bis kurz vor dem Tode, der 14 Tage nach dem Auftreten der Aphasie unter Erscheinungen einer Lungenkrankheit erfolgte, erhalten.

Bei der Section fand man: Lobuläre Pneumonie der rechten Lunge, Miliartuberculose in den Lungen, dem Omentum majus u. den Nieren. Caries an dem olecranon und der ulna dext. Meningitis tuberculosa an der Convexität und Basis des Gehirnes. In der linken Fossa Sylvii — offenbar die Veranlassung für das Auftreten der Aphasie. — ganz besonders reichliche Exsudatmassen und miliare Tuberkeln, welche die art. foss. Silv. links und rechts eine Strecke in das Gehirn begleiteten. In der Gehirnsubstanz selbst keine Tuberkeln. — Verf. betrachtet wohl mit Recht den lang bestehenden cariösen Process an dem rechten Olecranon und ulna als die Ursache für das Auftreten der Miliartuberculose und glaubt, dass es bei frühzeitiger Behandlung und Beseitigung des Knochenleidens hierzu nicht gekommen wäre. Halbey (Bendorf).

---

437) **R. Coën:** Ueber Sprechanomalien im Kindesalter.
(Archiv f. Kinderheilk. 2. Bd., 8. und 9. Heft 1881.)

Verf. hat bei 110 Kindern im Alter 3—14 Jahren Sprechanomalien beobachtet und zwar bei 54 Kindern *Stottern*, bei 23 *Sprachlosigkeit* (Alalia), bei 20 *Stammeln* und bei 13 *die übrigen Sprachfehler*, Lispeln, Schnarren etc.

Von ersteren waren 46 Knaben, 8 Mädchen, am häufigsten im Alter von 7—8 Jahren, die jüngsten 3 bis 4 Jahr. Meist waren es schwächliche, engbrüstige, oft rhachitische und scrophulöse, nur sehr selten gesunde, blühend aussehende Kinder. Fast immer liess sich die *Ursache* ermitteln und zwar wurde das bestehende Stottern in den einen Fällen durch traumatische oder psychische Einwirkungen: Erblichkeit, Nachahmung etc. hervorgerufen, in den andern entwickelte es sich allmählig nach schweren Infectionskrankheiten, Scharlach, Masern, Diphtheritis, Pocken.

Von den 23 mit Alalia idiopathica behafteten Kindern waren 12 Knaben, 11 Mädchen, das jüngste $3^1/_2$, das älteste 10 Jahre alt. Hier waren es meist gesunde, ja blühende Kinder. Als Ursache nimmt Verf. mit Bestimmtheit nur Erblichkeit an, weniger traum. und psych. Einwirkungen.

Unter *Alalia* versteht man das angeborene, gänzliche Unvermögen, articulirte Laute zu bilden, im Gegensatz zur erworbenen Aphasie. Man findet bei der Alalia kein äusseres, erklärendes Symptom, das Gehör war normal entwickelt, keine Spur von Lähmung oder Parese, Körper- und speciell Kopfbildung gut. Ebenso waren keine acuten Erkrankungen vorhergegangen. Verf. rechnet daher die Alalia idiopath. nicht zu den mechan. Dyslalien, sondern zu den Dysarthrien functioneller Natur und nimmt in pathol.-anatom. Hinsicht keine organische Läsionen der Sprachcentren, sondern unvollkommene Entwickelung des motorischen Centrums für die Coordination der Lautbewegungen zu Lautwörtren oder Hemmung der centrifugalen Leitungsbahn an.

Von den stammelnden Kindern waren 16 Knaben, 4 Mädchen das jüngste 5, das älteste 13 Jahre alt. Meist war die Sprache in toto gestört, nur selten partiell. Noch weit mehr als der Schwerhörigkeit als ätiologisches Moment, giebt Verf. Schuld der ganz vernachlässigten oder äusserst mangelhaften Spracherziehung. Nur sehr selten lagen grobe anatomische Veränderungen der äusseren Sprachwerkzeuge vor.

Mit Lispeln, Schnarren etc. beobachtete Verf. 13 Kinder, 6 Knaben und 7 Mädchen. Am häufigsten war das Lispeln. Auch hier war fehlerhafte Spracherziehung die Ursache.

Ein *prophylactisches Verfahren* hat Aussicht beim Stottern, Stammeln Lispeln und Schnarren. Da stotternde Kinder, wie gesagt, meist schwächlich und engbrüstig sind, so besteht die hauptsächlichste prophylactische Massregel hier in methodischer Lungengymnastik, deren Ausführung Verf. genau beschreibt; nebenbei Heilturnen, kühle Vollbäder und allgemeine Kräftigung. — Beim Stammeln lässt Verf. das Kind aus eventuell sprachschädlicher Umgebung entfernen und

2—3 Wochen möglichst wenig sprechen, langsam und deutlich ihm Worte vorsagen, die es dann wiederhohlen muss. Die Umgebung muss mit dem Kinde *stets in lauter, langsamer und correcter Sprache* verkehren. Kann das Kind lesen, so muss es langsam und laut lesen. In ähnlicher Weise ist beim Lispeln und Schnarren vorzugehen, speciell sind die S- und R-Laute zu berücksichtigen. — Das Lispeln wird durch eine gewisse Stellung der Schneidezähne begünstigt.

---

438) **Skwortzoff, Nadine:** De la cécité et de la surdité des mots dans l'Aphasie (Ueber Wortblindheit und Worttaubheit).

(Paris 1881).

In gedrängter, übersichtlicher Form giebt die Verfasserin ein Bild von dem jetzigen Stande der Aphasiefrage, wobei das Symptom der Wortblindheit und das der Worttaubheit besondere Berücksichtigung erfahren. — Eine der beiden Farbendrucktafeln stellt nach Magnan's Angabe ein Schema dar, welches die Beziehung der verschiedenen speciellen Sinne (mit Rücksicht auf die Rindenlocalisation) zur Aphasie darzulegen bestimmt ist. — Eine grössere Anzahl neuer, theilweise mit Sectionsbefunden versehener Fälle von Aphasie beansprucht durch die eingehende klinische Beobachtung, welche ihnen zu Theil geworden ist, nicht geringes physiologisches und casuistisches Interesse. —

Vorzüglich verdient der Fall einer 33jährigen Frau hervorgehoben zu werden, welche nicht im Stande war, zu lesen oder einzelne Buchstaben zu erkennen, aber nach jener Methode, die beim Lesen der Blinden allgemein üblich ist, mittelst erhabener Buchstaben durch Zuhülfenahme des Tastsinnes nach und nach (allerdings äusserst langsam) halbwegs lesen lernte.

Die Arbeit ist unter der bewährten Leitung Magnans entstanden.

Obersteiner (Wien).

---

439) **Brown-Séquard:** Anästhetischer Schlaf, hervorgerufen durch die Application von Chloroform auf die Haut.

(Gaz. hebdom. No. 47 1880. — Wiener med. Wochenschr. No. 3, 1881.)

B. fand zufällig, dass, wenn man einem Meerschweinchen auf die Haut der Schulter und des Halses, auf die sogenannte epileptogene Zone, Chloroform giesst, das Thier einen heftigen epileptischen Anfall bekommt. Bei einem weiter angestellten Versuche sah er tiefe Anästhesie auftreten mit folgender Entwickelung der Erscheinungen:

Wenn man auf die Schulter eines Meerschweinchens Chloroform schnell fallen lässt, so ziehen sich die Hautmuskeln und die tiefer liegenden Muskeln reflectorisch zusammen, das Thier macht zuerst Fluchtversuche, aber bald vermindert sich die Respiration, die Temperatur geht herab, das Thier wird starr; dann fällt es plötzlich in einen anästhetischen Schlaf, welcher mehrere Stunden andauern kann und während welchem die Sensibilität vollständig erloschen sein kann. Dieselben Erscheinungen lassen sich beim

Kaninchen, beim Hunde und der Katze hervorrufen. Die Erscheinungen, welche die Thiere beim Erwachen zeigen, sind verschieden.

Beim Erwachen zeigen die Katzen ein Zittern der Pfoten, beim Aufrichten beobachtet man Erscheinungen von Paraplegie oder Hemiplegie, nach und nach nimmt das Thier wieder seine Thätigkeit auf, nur manchmal, wenn die Chloroformdosis stark war, insbesondere, wenn der Versuch öfter wiederholt wurde, zeigt das Thier eine beträchtliche Hyperästhesie, die Haut kann der Sitz einer mehr oder weniger heftigen Entzündung werden.

Der Versuch kann auch letal werden, indem der Tod entweder plötzlich oder langsam eintritt, indem vorher Convulsionen Epilepsie, Verlangsamung der Respiration etc. auftreten. Wird das Thier unmittelbar nach dem Tode oder knapp vor demselben geöffnet, so bemerkt man Folgendes:

Die Gefässe der Gedärme, der Milz und der übrigen Eingeweide sind turgescirend, roth gefärbt; die Aorta enthällt Blut, die beiden Herzventrikel sind mit Blut gefüllt, mit einem Worte, die Charactere des syncopalen Todes. Die Erregbarkeit der Muskeln und der Nerven, sowohl der Glieder als auch des Stammes, sowie auch die mechanische und galvanische Erregbarkeit der Nerven ist modificirt; nicht nur relativ sehr schwache Ströme reichen hin, um diese Partien in Bewegung zu setzen, sondern man constatirt auch dass die Dauer dieser Erregbarkeit nach dem Tode viel grösser ist, als bei gesunden Thieren, welche durch Eröffnung des Thorax getödtet wurden.

Der Nervus phrenicus auf der der Application des Chloroform entgegengesetzten Seite bietet in gewissen Fällen eine Verminderung und selbst ein vollständiges Erlöschen seiner galvanischen Erregbarkeit, endlich in einem Falle zeigte sich das Zwergfell auf der der Application des Chloroforms entgegengesetzten Seite gegen die stärksten galvanischen Ströme, wie sie gewöhnlich angewendet werden, unerregbar.

Was die Erklärung dieser Erscheinungen betrifft, so handelt es sich nach Verf. um Hemmungserscheinungen, Hemmung der Function (arrêt des échanges), welche durch die Haut auf Distanz auf das Nervensystem ausgeübt wird, und zwar wird dieser Einfluss, wie weitere Versuche lehrten, nicht durch das Blut, sondern durch das Nervensystem vermittelt.

---

440) **Paulicki** und **Loos**: Schussverletzung des Stammes des linken Nervus trigeminus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1 u. 2.)

Die kleine, nur 5 mm. im Durchmesser haltende Kugel eines sog. Zielgewehres drang einem Soldaten nach Perforation des Auges in den Schädel; es trat komplete Gefühllosigkeit der linken Gesichtshälfte und Zunge auf, während der motorische Theil des N. trigeminus ungestört weiter funktionirte; eben so zeigte sich sofort starkes Ohrensausen und Schwerhörigkeit auf dem linken Ohre, während der Facialis ganz intakt blieb. Erscheinungen von Seiten des Ge-

hirnes dauerten nur 24 Stunden, Knochensplitter wurden aus der Wunde nicht entleert. P. und L. nehmen an, dass die Kugel auf dem Wege der Fiss. orbit. sup. in den Schädelraum gelangt ist, dort den Stamm des Nerv. trig. in seinem sensiblen Theil zertrümmerte und dann bald stecken blieb. Trotz Unversehrtheit des N. fac. glauben sie an direkte Verletzung des Stammes vom N. acusticus.

Nach 10 Monaten war das Gefühl in der linken Gesichtsseite etwas gebessert, die Schwerhörigkeit bestand in gleichem Masse fort.

Centralbl. f. Chir. 1881. 5. Riedel (Göttingen).

---

441) Potion antinévralgique.

Rp. Cupr. sulfur. ammon. 0,1—0,15, Aq. dest. 100,0, Syr. flor. aurant. (s. Menth, pip.) 30,0. M. D. S. In 24 Stunden während den Mahlzeiten Esslöffel-Weise zu nehmen. Féréol glaubt damit bei alten und stürmischen Neuralgien dauernden und completen Erfolg zu erzielen.

Med. chir. Rundsch. 1881. 9.

---

442) **Jaquemart**: Wirkung des Tabaks auf die Geschlechtsorgane.

(Paris méd. 1881. 2. Juni.)

Verfasser behauptet, auf Casuistik gestützt, dass Missbrauch des Tabaks die Männer impotent mache, bei den Weibern häufigen (40%) Abortus und Frühgeburten und schwächliche, bald erliegende Kinder (15%) erzeuge.

Erlenmeyer.

---

443) **A. Lachowicz:** Chorea durch Chloroform geheilt.

(Przeglad lekarski, Nro. 15. 1881.)

Ein 23jähriges, kräftiges, eben menstruirendes Mädchen wird in der Nacht vom 28. zum 29. Mai 1876 durch das in die Stube dringende Wasser des ausgetretenen Bug aus dem Schlafe aufgeweckt und muss bei der Flucht bis an den Gürtel im Wasser waten. Die Menses cessiren. 3—4 Tage später heftiger Kopfschmerz und Ohrensausen, darauf Delir, eine Woche später d. h. am 6. Juni unwillkürliche Bewegungen, Zuckungen, zuerst leicht und auf die 4 Extremitäten beschränkt, bald sich auf die Muskeln des Rumpfes, des Gesichts, der Zunge, des Kehlkopfs u. s. w. ausbreitend. L. sah sie am 10. Juni zuerst. Sie warf sich so heftig, dass sie sich den Kopf an der Wand zu zerschlagen drohte. Die Haut an vielen Stellen geschwollen, blutig. Unmöglichkeit zu sprechen, Schlingen sehr schwierig, Agrypnie seit 8 Tagen. Man hört einen unmenschlichen, tonlosen, heiseren Schrei, die Augen verdreht sie in schrecklicher Weise und scheint zu ersticken. Da Aderlass unmöglich, so werden je 12 Blutegel an die Innenflächen der Schenkel gesetzt, ferner fliegende Sinapismen an die Unterextremitäten, Kälte auf den Kopf. 2 Wochen hindurch werden die verschiedensten Antispasmodica und Narcotica ohne den geringsten Erfolg durchprobirt. Nur subkutane Morphiuminjektionen in grösseren Dosen brachten stundenlange Linderung. Am Ende der 2. Woche stellte der ganze Körper eine blutende Wunde dar, da Einhüllungen in Betttücher nach Nicod (Lyon) nicht angewandt wurden. Die Kranke ass und

schlief seit 3 Wochen nicht. L. verschrieb jetzt: Aq. tiliae 40,0 Aq. laurocer. 5,0 Chloroform 2,50 Syr. Morph. 15,0, halbstündlich einen Kaffeelöffel in einem Esslöffel rasch und geschickt einzugiessen. Schon nach der ersten Gabe 2—3 Stunden Ruhe. Nach dem Verbrauch einstündiger Schlaf mit nur partiellem, zeitweisem Zucken. Nach Repetition des Medikamentes erfolgt Nachlass der Zuckungen, ½stündige Schlafpausen, Sprechen und Schlingen. Nach 4 mal 24 Stunden hatten die Krämpfe aufgehört. Pat. bekommt Hunger der vorsichtig befriedigt wird. Bis 1. Octbr. waren die Wunden geheilt. 5 Tage nach Aufhören der Krämpfe konnte Pat. schon aufstehen und am Stocke gehen. In der 2. Hälfte Juli hilft sie bei den Feldarbeiten. Ende August nach warmen Sitzbädern und Blutegeln in die Schenkel Rückkehr der Menses. Chloral war ohne Erfolg gereicht worden.

Landsberg (Ostrowo).

---

444) **Lewis D. Marson** (New-York): A statistical report of two hundred and fifty-two cases of inebriety.

(Vortrag auf der Versammlung der americanischen Gesellschaft zur Heilung der Trunksüchtigen, October 1880. Sep. Ab. aus d. Journ. of Inebriety, April 1881.)

Die 252 Fälle, über welche Verf. berichtet, wurden vom November 1879 bis September 1880 im Asyl für Trunksüchtige, Fort Hamilton, dessen Arzt Verf. ist, behandelt. In der beigegebenen Tabelle werden Alter, Geschlecht, Religion, Civilstand, Beschäftigung, Erblichkeit, Tabaksgenuss, Dauer der Krankheit bis zur Aufnahme; ob periodisch oder habituell, Complicationen, Delirium tremens-Anfälle, und Ursachen aufgeführt. Unter den Aufgenommenen waren 208 Männer und 44 Frauen. Erblichkeit, herrührend von Trunksucht und Irrsinn bei den Ascendenten oder Geschwistern, konnte in 131 Fällen nachgewiesen werden, und zwar bei 116 Trunksucht, bei 15 Irrsinn von Familienangehörigen.

Dem Tabaksgenusse waren 206 M. und 11 Fr. ergeben.

Die Trunksucht begann schon im Alter von 10—15 Jahren bei 13; im Alter von 15—35 bei 216 Personen. Unter den excitirenden Ursachen stehen Kopfverletzungen (in 34 Fällen) obenan. Bei 3 Patienten (Urethralfistel, Taenia, Tibialnecrose) glaubt Verf. die Entstehung der Trunksucht auf dem Wege des Reflexes annehmen zu sollen. Nach Entfernung des Reflexreizes sei völlige Heilung eingetreten.

Bezüglich der Behandlung spricht sich Verf. für möglichst frühzeitiges Eingreifen aus; bei erblich belasteten Individuen fordert er Vermeidung jeglicher Verordnung von Spirituosen auch bei körperlichen Erkrankungen; er glaubt, dass mit solchen ärztlichen Verordnungen der erste Anlass zur Entstehung der Trunksucht gegeben werde. Ebensolche Vorsicht fordert er auch nach Kopfverletzungen. Er ist auch der Ansicht, dass gar manche Phthisiker durch Ordination alcoholischer Stimulantien trunksüchtig gemacht würden.

Karrer (Erlangen).

---

445) **Theodore L. Mason** (New-York): Inebriety a Disease.

(Eröffnungsrede bei der Versammlung der american. Gesellschaft für Heilung der Trunksüchtigen. September 1877. 28 Seiten.)

Verf. erörtert unter Beiziehung verschiedener Autoren die Ursache und das Wesen der Trunksucht. Er spricht sich dahin aus, dass Alcohol überhaupt ein Gift sei; der Genuss desselben also immer als eine Vergiftung zu erachten sei. Das Gewohnheitstrinken ist anfänglich ein Laster, wird aber bei dem betreffenden Individuum durch den Einfluss des Alcohols auf den gesammten Körper schliesslich zu einer Krankheit, die in verschiedenen Symptomengruppen sich äussert. Diese auf solche Weise erworbene Krankheit wird dann auf die Nachkommenschaft vererbt. Eine sehr grosse Menge der Trinker ist erblich belastet. Die Depravation ganzer Völkerschaften wird durch die Trunksucht bewirkt. Belehrung bezüglich der Schädlichkeit des Alcohols, Gesetzgebung gegen die Trunksucht, Errichtung von Anstalten zur Behandlung derselben sind nöthig zur Bekämpfung dieser ausgebreiteten Krankheit.

Karrer (Erlangen).

---

446) **J. Halloran** (Worcester): Dipsomanie.

(Philadephia med. and surg. reporter März 1881.)

Verf. spricht sich dahin aus, dass Dipsomanie eine Form geistiger Störung sei, dass man aber mit der Diagnose vorsichtig sein müsse. Der Ausdruck Dipsomanie sei in letzter Zeit fälschlicherweise oft auch für alte Trunkenbolde angewendet worden (in der amer. Literatur).

Karrer (Erlangen).

---

447) **Galezowsky** (Paris): Sehstörungen der Alkoholiker.

(Progrès méd. Juni 1881.)

Das Wesen dieser *chromatischen* Störung besteht in abnorm langer Dauer der Nachbilder, so dass bei dem Anblick einer zweiten Farbe, das Nachbild der ersten noch nicht verschwunden ist, und die beiden Farben sich in Folge dessen zu einer dritten, andersartigen vereinigen.

Erlenmeyer.

---

448) **Bacon und Hills:** On the Use of Hyosciamine (Ueber den Gebrauch von Hyosciamin).

(Journ. of ment. sc. July 1881, p. 203—212).

Beide Autoren verwendeten das von Merk hergestellte Präparat und zwar gelöst in Spiritus im Verhältniss von 1 Grain zu einer Drachme. Bacon gab ein bis zwei Drittel eines Grain in einer Dosis, und überschritt nie $1^1/_4$ Grain! (0.02, 0.04, und 0.075! Gramm). Hills gab von der Lösung 10 bis 20 Minims (darin also 0.01, 0.02 Hyosciamin).

Bacon verwendet Hyosciamin seit 2 Jahren, fast durchaus mit gutem Erfolge. Da eine Art Intoxication bald nach Verabreichung des Mittels eintritt, so lässt sich der Effect desselben viel sicherer abschätzen als bei den meisten andern Medicamenten. Eine halbe Stunde, oder noch früher, nach dem Einnehmen stellt sich

ein tiefer Schlaf ein, der 6 Stunden und darüber anhält. Die Pupillen werden immer erweitert, eingenommener Kopf und Congestionen wurden gelegentlich beobachtet, Unwohlsein und Appetitstörungen sind selten.

Bacon erzielte bei acuter *Manie, allgemeiner Paralyse* und *chronischen Aufregungszuständen* Beruhigung in Fällen, wo die gewöhnlichen Sedativa erfolglos gegeben worden waren. In einem Falle von *recurrirender Manie*, bei dem die Anfälle sonst mehrere Wochen lang gedauert hatten, kürzte eine einmalige Hyosciamingabe die Dauer des Anfalles einmal auf 8 Tage und 3 mal auf 16 Tage ab. Bei *Delirium Tremens* wurde Hyosciamin auf Bacon's Empfehlung hin mehrfach mit gutem Erfolg gebraucht.

Nur in 3 Fällen hatte Bacon üble Zufälle zu beklagen. Eine Dame, die gegen Schlaflosigkeit nur $^1/_8$ Grain (0.0075 Gramm) eingenommen hatte, bekam in der Nacht Delirien. Bei einem Arzte der an Tabes litt, verursachte eine volle Dosis wohl Schlaf, darauf aber Unwohlsein und Vermehrung der Schmerzen, später eine halbe Dosis Congestionen gegen den Kopf, Aufregung und Hallucinationen. Ein Kranker der seine gewöhnliche Dosis 1 Stunde nach einer Mahlzeit (Brod und Thee) eingenommen hatte, erbrach 4 Stunden später in tiefer Narcose und es gelangten ihm Speisepartikel in den Larynx.

Hills verwendet Hyosciamin seit ca. 5 Monaten. Es erzeugte immer erweiterte Pupillen, herabgesetzte Sehschärfe und unsicheren Gang, abgesehn von der Beruhigung; selten steigerten sich diese Symptome bis zu völliger Prostration. Unwohlsein trat selten ein, doch wurde nach lange fortgesetztem Gebrauch trotz gut erhaltener Esslust eine Verminderung des Körpergewichtes constatirt. Hills ist aber geneigt die Ursache derselben in der beständigen Aufregung zu sehen, derentwegen das Mittel gegeben wurde. Er lässt es gewöhnlich mit dem Frühstück in Thee verabreichen und erzielt dadurch bei den aufgeregtesten unreinen und zerstörungssüchtigen Kranken eine Beruhigung, die nach 1 bis 2 Stunden beginnt und oft den ganzen Tag über anhält. In Fällen von chronischer und von recurrirender Manie fand er das Mittel besonders wirksam, er verwendete es aber auch in vielen anderen. An den Krankengeschichten von 2 Fällen mit acuter, 4 mit chronischer und 2 mit recurrirender Manie zeigt Hills die Art der Wirkung des Hyosciamins.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

449) **Purjecz**: Ein Fall von Atropinvergiftung durch Injectionen von Pilocarpin geheilt.

(Journ. de Pharm. et de Chimie. III. B. 5.)

Selbstvergiftung mit 0,06 Atropin in Wasser; eine Stunde später die bekannten Erscheinungen einer schweren Atropinintoxication. Innerhalb 10 Minuten subcut. Injectionen von Pilocarpin à 0,01, im Ganzen 0,16. Nach 3 Stunden Heilung.

Erlenmeyer.

---

450) **Tuczek** (Marburg): Ein Fall von objectivem Ohrgeräusch als Ursache von Melancholie.

(Berl. Klin. Wochensch. 1881. Nr. 30.)

Eine 29 jährige Dame erkrankte nach einem mit heftigem Blutverluste verbundenen Abortus an leichter Melancholie. Gleichzeitig hatte sich auf beiden Ohren ein auch für die Umgebung deutlich hörbares knipsendes Geräusch eingestellt, zu beständigen ängstlichen Klagen die Patientin veranlassend. Es wiederholte sich in regelmässigem Rhythmus genau in der doppelten Frequenz der Pulszahl und wurde in demselben Tempo subjectiv wahrgenommen und von der Kranken gezählt. Als der äussere Gehörgang mit Watte fest tamponirt wurde, verschwanden die Geräusche spurlos, um nicht wiederzukehren.

Von dem Zeitpunkte an begann die geistige Genesung; nach 4 wöchentl. Aufenthalte in der Anstalt konnte Patientin geheilt entlassen werden.

Stenger (Dalldorf).

---

451) **L. Mendel** (Berlin): Die Psychosen im Gefolge acuter somatischer Erkrankungen.

(Deutsch. med. Wochenschrift Nro. 19. 1881. — Centralbl. f. clin. Med. Nro. 12. 1881).

Die nach Typhus, Pneumonie Rheumath. artic. acut. Variola, Erysipelas, seltener nach Pleuritis, Cholera, Dysenterie, Recurrens, Nephritis, Scarlatina vorkommenden acuten Psychosen waren schon im Alterthum bekannt. Ausführliche Literaturangabe findet sich bei Kraepelin (Arch. f. Psychiatr. IX. 1, 1881).

Verf. berücksichtigt nur die nach dem Fieberabfall eintretenden Störungen. Meist sind es *Hallucinationen im fieberlosen Zustand*, die den Process einleiten; nicht selten schliessen sie sich in Form und Inhalt an vorhanden gewesene Fieberdelirien an. Der Kranke verheimlicht sie anfangs, es besteht oft Hyperästhesie im Gebiet eines oder des andern Sinnesnerven, besonders des Opticus und Acusticus; es kommen Gefühle von Zusammenschnüren in der Herzgrube und Präcordialangst. Dieses Initialstadium kann mehrere, bis 8 Tage dauern, ehe durch Reden und Handlungen die inzwischen entwickelten *Delirien* hervortreten und wenn jene Hallucinationen nicht beachtet werden, so scheint ein *acuter Ausbruch von Wahnsinn* vorhanden zu sein. Meist ist die Form die *Melancholia agitata*, seltener stupida; in 1/4 der Fälle etwa ist es die *Mania hallucinatoria*, in welcher im sinnlosesten Durcheinander die entgegengesetztesten Dinge an einander gereiht werden, d. h. allgemeine Verwirrtheit besteht.

Diese Formen gehen zuweilen in wenigen Tagen, gewöhnlich innerhalb 6—10 Wochen, in Genesung über und nur 10—15 pCt. führen zu dauernder Geistesstörung, geistiger Schwäche bis Blödsinn oder chronischer Verrücktheit.

In andern Fällen reiht sich an die Hallucinationen ein Zustand an, in welchem einzelne Wahnvorstellungen bei sonst normaler Intelligenz an jene Hallucinationen angeknüpft erscheinen. Geringe Grade solcher Störungen sind sehr häufig und gehen bald vorüber.

Uebrigens kommen auch z. B. nach Typhus Fälle acuter Dementia, die, so schwer sie auch erscheinen, doch meist eine gute Prognose geben. Hingegen entwickelt sich aus Fällen, wo schon im Fieberstadium die Bewusstseinsstörungen sehr erhehlich waren und das Bild einer Meningitis sich äusserte, eine chronische Dementia, geschwächtes Gedächtniss, verminderte Urtheilskraft, besonders nach Typhus und Scarlatina. Aetiologisch ist für solche Psychosen nach somatischen Krankheiten wahrscheinlich die erbliche Disposition, psychische Eindrücke, stattgehabte Einwirkung von Hirngiften (Alcohol, Tabak, Morphium) vor der Krankheit von Bedeutung. Den verschiedenen Formen der somatischen Krankheit entsprechen die verschiedenen Formen der psychischen Nachkrankheit nicht.

Verf. macht *diagnostisch* darauf aufmerksam. 1) dass die beginnende Psychose nicht mit einer Wiederkehr des Fieberdeliriums verwechselt werden kann, da das Thermometer die Fieberlosigkeit nachweist; 2) dass man sie nicht mit alcoholischen Geistesstörungen verwechseln darf, da sie erst nach dem Ablauf des Fieberstadiums, jene aber während desselben erscheinen.

Die *Prognose* ist im Allgemeinen günstig. — Die *Behandlung* muss resorbirend sein; Abends einige Gramm. *Chloralhydrat* sind rathsam, während *Morphium* meist grössere Aufregung hervorbringt.

II. Verschiedene Mittheilungen.

452) Aus Riga. Einer Rede, welche Herr Director Dr. H. Brutzer bei Gelegenheit der Einweihung des „Asyls Waldheim“, welches mit der Irrenanstalt Rothenberg bei Riga in Verbindung gebracht ist, am 4. Septbr. d. J. hielt, entnehmen wir nach der Riga'schen Zeitung Folgendes:

Neunzehn Jahre sind seit der Begründung der Irrenanstalt Rothenberg verflossen. Aus kleinen Anfängen — es waren anfangs nur 16 Krankenplätze für Männer vorhanden — hat sich die Anstalt in erfreulichster Weise und insbesondere seit 1872, in welchem Jahre sie in den Besitz und die Verwaltung der Stände der Stadt Riga überging fortentwickelt. Heute verfügt die Anstalt über 112 Betten, ungefähr gleich viel für Männer und für Frauen, und nach Eröffnung des Asyls Waldheim wird sie etwa 150 Kranken Aufnahme gewähren können. Rothenberg ist noch bis jetzt die *einzige städtische* Irrenanstalt in Russland.

Die Begründung des kleinen Asyls Waldheim ist der erste Schritt zu einer weiteren Entwickelungsstufe des comunalen Irrenwesens in Russland, sie bedeutet die Einführung eines dort noch neuen Princips in dem Modus der Verflegung der Geisteskranken, die Trennung der heilbaren von den unheilbaren Kranken.

Von der Begründung einer reinen Pflegeanstalt hat aus Rücksicht auf die Kosten Abstand genommen werden müssen

und theilt Brutzer mit, dass auch der vielfach besprochene Plan, in der Nähe Riga's — etwa auf einem der Stadtgüter — eine Acker- und Gartenbau-Colonie anzulegen hat aufgegeben werden müssen, weil die städtischen, meist dem Kaufmanns- oder Handwerkerstande angehörigen Kranken schon in gesunden Tagen der Feld- und Gartenarbeit meist ganz fremd geblieben sind und dass daher in ihrem kranken Zustande auf lohnende Arbeit in dieser Beziehung erst recht nicht zu rechnen sein dürfte. Unter solchen Umständen und bei der stetigen Zunahme der Zahl der Hilfesuchenden entschloss sich die Administration ein Princip zu acceptiren, welches unter dem Namen der relativ-verbundenen Heil- und Pflegeanstalt in Deutschland bereits vor etwa 30 Jahren, allerdings in viel grösserem Massstabe, sowohl in Halle als auch in Illenau, in die Erscheinung eingetreten ist.

In Waldheim in unmittelbarer Nähe Rothenbergs sollen zunächst 30—40 Pfleglinge untergebracht werden. Die Oberaufsicht und Leitung haben die Anstaltsärzte von Rothenberg und ihnen zur Seite steht in ökonomischer Beziehung der Verwalter der Mutteranstalt. Das Hauswesen führt ein Ehepaar, das beiderseitig schon über ein Decenium im Anstaltsdienst gestanden und sich bewährt hat: er als Gehilfe des Verwalters, sie als Wärterin, — unter ihnen steht das erforderliche Wart- und Dienstpersonal. Das Mittagessen wird fertig aus der Anstaltsküche geliefert, Kaffee, Thee und die Abendmahlzeit sollen im Asyl selbst zubereitet werden, die Pfleglinge sollen möglichst zur Arbeit in Garten und Haus herangezogen werden, sich sonst aber völlig unbeschränkt in ihrem Haus und Hof geriren. Als Grundsatz gilt, dass nur solche Kranke in das Asyl Waldheim übergeführt werden sollen, welche vorher in der Mutteranstalt eine genügende Zeit beobachtet, in ihrer Eigenart genau erkannt und für diesen Modus der Verpflegung geeignet befunden worden sind.

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt, (Preusse), 600 Mark freie Station. 2) Grafenberg (Düsseldorf), Volontairarzt sofort; 600 M., fr. Stat. 3) Dalldorf (Berlin), 2 Volontairärzte, baldigst, 600 M. fr. Stat. Meldungen an das Curatorium der Irrenanstalt der Stadt Berlin. 4) Düren, Volontairarzt, 600 Mark, freie Station. 5) Asyl Schweizerhof (Stat. Zehlendorf), II. Arzt; freie Station und Gehalt nach Uebereinkunft. Bewerbung schriftlich beim Director Dr. Laehr. 6) Leipzig (Irrenklinik), 2. Assistenzarzt; 1. Januar 1882. 1500 M., fr Stat. Meldungen an Professor Dr. Flechsig. 7) Hildesheim, Prov.-Irr.-Anst., provis. Hilfsarzt, 900 M., fr. Stat. 8) Nassau (Wasserheilanstalt). Für Frühjahr 1882, psychiatrisch gebildeter Assistenzarzt, 1500 Mark, bei fr. Stat. 9) Leubus (Prov. Irren-Anstalt), Volontairarzt, 450 M. bei fr. Stat. Eine weitere Renumeration von 600 M. in Aussicht. 10) Owinsk, a) 1 Assistenzarz, b)

2 Volontairärzte, 11) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Creutzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Fraustadt (Posen), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Johannisburg (Gumbinnen), Krossen (Frankfurt a. O.), Königsberg i. Fr. (Coburg), Labiau (Königsberg), Minden (Minden), Münsterberg (Breslau), Nauen (Posen), Osterode (Königsberg), Schönau (Liegnitz), Stuhm (Marienwerder), Tuchel (Marienwerder), Worbis (Erfurt), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Besetzte Stellen. Ueckermünde, Assistenzarzt, Herr Dr. Lambros aus Berlin. Halle a. Saale, Assistenzarzt, Herr Dr. Heimann aus Berlin; Volontärärzte, Herr Dr. Brückner aus Creutzburg und Dr. Peters aus Kiel. Alt-Scherbitz. Volontairarzt, Herr Dr. Guder aus Züllichau. Wehnen, Assistenzarzt, Herr Dr. Schiel aus Hamburg. Osnabrück, II. Assistenzarzt, Herr Dr. Dieckmann aus Bremen. Basel, Assistenzarzt, Herr Emanuel Riehmann aus Basel. Hub (Baden), Director Herr Dr. Borell aus Stephansfeld. Stephansfeld, Assistenzarzt, Herr Dr. Schäfer aus Zehlendorf. Hörd, Assistenzarzt, Herr Dr. Billmaier aus Langenbrücken. Pankow (Richter'sche Anstalt), II. Arzt, Herr Dr. Stenger aus Dalldorf; Assistenzarzt, Dr. Friedländer aus Berlin.

Ernannt. Dr. Jastrowitz in Berlin zum Bezirksphysicus.

IV. Anzeigen.

Druckfehler.

Seite 447, Zeile 17 von unten betrachtet statt bestraft; Seite 448, Zeile 14 von oben andere statt anderen, Bildungsfehler statt Bildungsfehlern, Zeile 8 von unten Verlogenheit statt Verlegenheit; Seite 449 Zeile 11 von oben fliehende statt siegende, Zeile 13 von oben krauses statt grauses.

Coblenz, Druck von Ph. Werle (Entenpfuhl 12).

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. 1. November 1881. Nro. 21.

INHALT.

I. Originalien.

Ein Fall von transitorischer Bewusstseinsstörung bei einem elf jährigen Knaben.

Von
Dr. E. ENGELHORN,
Oberamtsarzt in Maulbronn.

Fälle von Bewusstseinsstörungen, welche sich im Verlaufe weniger Stunden abspielen, gehören im Kindesalter so sehr zu den Seltenheiten, dass der nachfolgende Fall wohl einige Beachtung verdient, um so mehr da derselbe unter den Augen des Arztes und

durch eine merkwürdige Verkettung der Umstände unter dem Einfluss meines Erscheinens in meiner Eigenschaft als Gerichtsarzt entstanden ist.

Heinrich K... ist 11 Jahre alt, frei von hereditärer Anlage zu Nerven- und Geisteskrankheiten, der Sohn von Eltern, welche in den letzten Jahren durch allerlei Unglücksfälle viel Kummer und Elend zu erleiden hatten, woran der Knabe eine im Verhältniss zu seinem Alter ausserordentlich innige Theilnahme an den Tag legte. Seine körperliche und geistige Entwicklung war bis jetzt keiner Störung unterworfen und er hatte sich in der Schule vor seinen Altersgenossen durch leichte Fassungsgabe und ein vorzügliches Gedächtniss stets vortheilhaft ausgezeichnet. Auch sein gemüthliches Leben zeigte eine für sein jugendliches Alter auffallende Tiefe, indem Pietät und religöser Sinn eine hervorragende Entwicklung erfahren hatten.

Am 9. Aug. d. J. hatte in dem hinter dem Hause der K'schen Eheleute gelegenen Garten eine Pulverexplosion stattgefunden, wobei ein 13 jähriger Sohn derselben so schwere Brandwunden erlitt, dass er 3 Tage später seinen Verletzungen erlag, während der 11 jährige Heinrich K..., welcher von der Unglücksstätte weiter entfernt war als sein Bruder, nur oberflächliche Zerstörungen der Haut an Gesicht und Händen davontrug.

Da über die Entstehung dieser Explosion nichts Näheres bekannt war, so wurde gerichtlich eingeschritten und auf den 14. August die richterliche Leichenschau sowie die Untersuchung des verlezten Heinrich K... anberaumt.

Dieser hatte von dem Erscheinen der „Herren vom Gericht“ schon erfahren, als die Stätte des Unglücks in Augenschein genommen wurde und war durch dieses Ereigniss in eine verzweiflungsvolle Angst gerathen. Als nun zu seiner eigenen Untersuchung geschritten wurde, befand er sich in grösster Aufregung, welche im Verlaufe einiger Minuten folgendem Zustande Platz machte:

Der Knabe war nach den ersten Versuchen, seinen Verband zu entfernen und die Untersuchung seiner Wunden vorzunehmen, auf sein Lager zurückgesunken und lag regungslos und mit geschlossenen Augen da, ohne seine Umgebung zu beachten. Kurz darauf richtete er sich im Bette hoch auf, öffnete die Augen, sah mit stierem Blick in's Weite und begann in exstatischer Verzückung Bibelsprüche und Sterbelieder mit Predigerartigem Pathos laut zu deklamiren, ohne dem Zurufen von Seiten seiner Umgebung Gehör zu schenken. Daneben bestand ein geringer Grad von kataleptischer Biegsamkeit der Glieder. Die Körpertemperatur war nicht erhöht, das Gesicht leicht geröthet, der Puls zählte 92 Schläge in der Minute.

Von einer weiteren Untersuchung im Beisein des Gerichts musste jetzt natürlich Abstand genommen werden und nach kurzer Zeit, während welcher sich der oben beschriebene Zustand nicht veränderte, verliess ich den Kranken, um ihn nach Verlauf von 2 Stunden wieder aufzusuchen.

Kurz nachdem ich von ihm wegging, ist er nach Aussage seiner Umgebung auf sein Lager zurückgesunken und in einen tiefen Schlaf verfallen, aus welchem er ungefähr nach einer Stunde erwachte. Als ich ihn wieder sah, war er in weinerlicher, ausserordentlich schmerzlich bewegter Stimmung, aber bei völlig klarem Bewusstsein und frei von Kopfschmerzen sowie von jeglicher psychischen Erschöpfung. Er gab an, dass die vorangegangene Katastrophe, der Tod seines Bruders, an dem er mit inniger Liebe gehangen, ihn gewaltig erschüttert haben und als er von dem Einschreiten des Gerichts gehört habe, sei er in eine namenlose Angst um seine Eltern verfallen. Diese habe sich bei unserem Eintreten auf's Aeusserste gesteigert und bald nachdem er uns erblickt, seien ihm die Sinne vergangen. An den Anfall selbst hat er keine Spur von Erinnerung und als er wieder zu sich gekommen, sei es ihm gewesen, als ob er von einem Traume erwache, auf dessen Inhalt er sich vergebens besinne. Damit war der Anfall vollständig abgeschlossen und nachdem er sich wenige Tage später von seinen Verletzungen erholt hatte, besuchte er wieder die Schule, ohne dass irgend eine nachtheilige Folge in seinem psychischen Verhalten zur Beobachtung gekommen wäre.

Dieser Anfall hat die grösste Aehnlichkeit mit den exstatischen Zuständen, wie wir sie bei Hysterischen und Epileptischen zu sehen gewöhnt sind und hat mit letzteren namentlich auch die vollständige Amnesie gemein. Trotzdem dass er in diesen Zuständen eine gewisse Analogie findet, darf er keineswegs mit ihnen identificirt werden; denn einerseits steht er unter ganz anderen ätiologischen Einflüssen, indem die durch Schmerz und Angst bedingte psychische Ueberreizung als zweifellose Ursache des Anfalls angesehen werden muss, während irgend eine hereditäre oder neuropathische Grundlage vollkommen fehlt, andrerseits hat er mit dem auf die Exstase gefolgten Schlummer seinen endgiltigen Abschluss gefunden, während bei den genannten Neuropathieen die bekannten psychischen Ermüdungszustände nach solchen Anfällen nicht auszubleiben pflegen. Durch diese Abweichungen im Verlauf steht der Fall als vereinzelte transitorische Bewusstseinsstörung vollkommen für sich da und ist daher auch prognostisch nicht ungünstig aufzufassen. Denn es wäre gewiss nicht gerechtfertigt, diesem ganz isolirten Anfall mitten in einem physisch und psychisch gesunden Leben eine ernstere Bedeutung zuzuerkennen und es bleibt nur als merkwürdige Thatsache hervorzuheben, dass unter dem Einfluss einer so heftigen Gemüthsbewegung, wie sie unser durch ungewöhnlich tiefe Auffassung aller Gemüthseindrücke schon vorher ausgezeichneter Kranker erlitten ein ganz ähnlicher Syptomencomplex zu Stande kam, wie er sonst nur als einzelnes Glied in einer Kette neuropathologischer Erscheinungen beobachtet zu werden pflegt.

II. Referate.

453) **Moxon**: Influence on the circulation on the nervous System.
(Lancet v. 22. April 1881.)

Das Rückenmark wird fast ausschliesslich durch die Art. spinal. ant. mit Blut versorgt, die auf ihrem langen Wege von der Art. vertebralis an bis zum filum terminale nur ziemlich unbedeutenden Zufluss durch kleine Arterien erhält, welche den Nervenwurzeln anliegen. Diese schwache Verstärkungsäste sind um so länger und mehr nach aufwärts gerichtet, je mehr man sich der unteren Spitze des Rückenmarkes nähert, in der cauda equina fehlen sie vollständig. — Es befinden sich also die unteren Theile des Rückenmarkes unter viel ungünstigeren Ernährungsverhältnissen, und es lassen sich darauf auch die Symptome von verschiedenen Rückenmarkskrankheiten zurückführen. Gewisse Gifte welche den Blutdruck herabsetzen (z. B. Blausäure) lähmen daher zunächst nur die unteren Extremitäten.

Auch die Erscheinungen, welche bei Arbeitern auftreten, die unter bedeutend erhöhtem Luftdruck sich beschäftigen, (in den Caissons bei Brückenbauten unter Wasser) will M. durch die oben geschilderten Circulationsverhältnisse erklären; die bekannte Arbeit Leyden's (vergl. dieses Centralbl. 1879 pag. 148) scheint dem Verfasser unbekannt geblieben zu sein. Von 332 Arbeitern, welche bei dem Baue der Missisipibrücke in St. Louis beschäftigt waren, erkrankten 30, und 12 davon starben. Die Erscheinungen (Gliederschmerzen, Paraplegie, bei grösserer Tiefe und dem entsprechend höheren Luftdruck auch Lähmung der oberen Extremitäten und der Sphincteren) stellten sich bei manchen Arbeitern, welche diese Art der Arbeit nicht gewohnt waren, schon in der ersten Stunde ein. — Durch den gesteigerten Luftdruck wurde die Circulation im Rückenmarke behindert, was sich zunächst durch Lähmung der vom Lendenmarke versorgten Muskeln geltend macht, während die oberen Partien des Rückenmarkes erst bei hochgradigeren Circulationsstörungen zu leiden haben. —

Moxon bespricht auch das foramen Magendie im Dache des 4. Ventrikels; dasselbe ist immer vorhanden, sein Verschluss kann durch den gestörten Abfluss der Ventrikelflüssigkeit den Tod herbeiführen. Ein 16jähriger Knabe, welcher schon längere Zeit hindurch träge und schläfrig gewesen war, starb nach wenigen Tagen an Unwohlsein, ohne besondere Erscheinungen dargeboten zu haben. Es fand sich sehr hochgradiger Hydrocephalus int. und das foramen Magendie durch ein vom Calamus scriptorius nach oben wucherndes Papillom(?) verschlossen. Obersteiner (Wien).

---

454) **Adamkiewicz, A.** (Krakau): Ueber die mikroskopischen Gefässe des menschlichen Rückenmarkes.
(Anzeig. d. k. Ac. d. Wissensch. in Wien; Sitz. v. 14. Juli 1881.)

Die weisse Substanz des Rückenmarkes besitzt nur einen relativ spärlichen Kranz radiärer Gefässe, während die graue Substanz von einem dichten Netze durchzogen ist.

Alle diese Gefässe gehören zwei arteriellen Systemen an.

1. *Das centrifugale System.* Von der Art. spin. ant. entspringen unter nahezu rechtem Winkel 250—300 Stämmchen, welche bis in die Tiefe der Fissura ant. gelangen und sich vor der vorderen Commissur in zwei symmetrische horizontale Aestchen spalten; diese versorgen jederseits den zunächstgelegenen Theil der centralen grauen Substanz mit einem Capillarnetz, geben aber ausserdem zwei nach entgegengesetzter Richtung der Länge nach im Rückenmarke verlaufende Zweige ab, welche die Anastomosen zwischen den Gefässen der verschiedenen Höhen vermitteln.

2. *Das centripetale System* besteht aus Gefässchen, welche von der Peripherie her in die Marksubstanz dringen. Dazu gehören:

a. Die Randgefässe für die der Pia zunächst liegenden Theile an der ganzen Peripherie und der vorderen Fissur.

b. Die eigentlichen Gefässe der weissen Substanz, welche als grössere Stämmchen eindringen.

c. Die Gefässe der grauen Substanz sind die grössten, und zerfallen in der grauen Substanz in Capillaren, welche die von dem centrifugalen System noch nicht versorgten Theile durchziehen.

Die Zuflüsse zu den Hintersträngen zeichnen sich durch Grösse und Beständigkeit unter den Gefässen der weissen Substanz aus. — Dazu gehört ein unpaares Stämmchen, das in der hinteren Fissur nach vorne zieht, sowie im oberen Halsmarke jederseits der hinteren Fissur ein convergirend nach vorne ziehendes Gefäss. — Auch die Zuflüsse zu der grauen Substanz haben ihre charakteristischen Gruppen.

Adamkiewicz findet seine früher (Arch. f. Psych. X.) ausgesprochene Ansicht, dass die Tabes keine sogenannte Systemerkrankung, sondern eine von den Gefässen der Hinterstränge ausgehende interstitielle Bindegewebsdegeneration sei, durch das Studium der Vascularisation im Rückenmarke bestätigt.

Obersteiner (Wien).

---

455) **Tenchini, Lor.** und **Staurenghi, Cesare** (Pavia): Contribute alla anatomia del cervelletto umano e del apparato ventricolare della volta a quattro pilastri. (Beitrag zur Anatomie des Kleinhirnes und des Fornixventrikels.)

(Pavia 1881 Folio, 124 Seiten mit Atlas von 7 Tafeln in Querfolio.)

Der eifrigste und genaueste Untersucher des Kleinhirnes B. Stilling schrieb in seinem letzten Werke (Neue Unters. über den Bau des kleinen Gehirns, Cassel 1878), nachdem er auseinandergesetzt hatte, welche Theile dieses Organes von ihm noch nicht monographisch bearbeitet seien: Ob es mir selbst möglich sein wird, bei meinem vorgerückten Alter, diese Lücke theilweise oder ganz auszufüllen, steht dahin. Diese Arbeit wird viel Zeit und noch viel mehr Geduld erfordern.

In der That wurde Stilling bald darnach durch den Tod von der geplanten Vollendung des Werkes abberufen. Die vorliegenden Untersuchungen können aber gewissermaassen als Fortsetzung der Stilling'schen Arbeiten gelten, insoferne als gerade die, von letztgenanntem Forscher vernachlässigten Theile des Kleinhirnes da-

rin Erwähnung finden, ganz besonders aber insofern als die Methode der Untersuchung sich enger an die Stilling'sche anschliesst. — Selbst die äussere Ausstattung lässt eine sehr merkliche Uebereinstimmung nicht verkennen.

Im ersten Abschnitte wird das hintere Marksegel Valvula Tarini eingehend beschrieben. Als fast constant ergab sich die grössere Breite des linken hint. Marksegels, 16.81 mm. (im Durchschnitte) gegen 15.91 mm. rechts, während das Verhältniss für die Höhe sich umgekehrt gestaltet (6,05—6,65 mm.) Beim Manne sind die hint. Marksegel in allen Dimensionen nicht unbedeutend grösser als beim Weibe. — Aus einer Reihe von Abnormitäten, welche die Valvula Tarini darbieten kann, seien hier folgende hervorgehoben: Eines oder beide Marksegel sind nicht frei zwischen den Insertionspunkten ausgespannt, sondern sie sind mit dem Dache des vierten Ventrikels an einer Stelle verwachsen, welche sich durch eine kleine, rundliche Hervorragung (tubercolo della volta) characterisirt und den untersten Windungen des corpus rhomboideum entspricht. Ziemlich selten trifft man das hintere Marksegel durch ein mehr oder minder grosses Loch (vielleicht eine enorm erweiterte Gefässlücke) durchbohrt. —

Eine weitere nicht seltene Varietät besteht darin, dass einzelne isolirte, von der Kleinhirnsubstanz losgerissene Knötchen grauer Substanz (die in ihrem mikroskopischen Baue mit der Kleinhirnrinde vollkommen übereinstimmen) an dem freien Rande des Marksegels gefunden werden.

Die hinteren Marksegel zeigen sich beim menschlichen Embryo bereits im 5—6. Monate; bei allen Wirbelthieren (mit Ausnahme des braunen Bären und vielleicht der höheren Affen) fehlen sie vollständig.

Die feinere Structur der hint. Marksegel wurde einer eingehenden Untersuchung unterzogen; es genüge hier zu erwähnen, dass sie reich an Nervenfaserbündeln sind, und auch zerstreute, grosse Nervenzellen enthalten.

Der zweite Abschnitt enthält eine, hauptsächlich vergleichend anatomische Darstellung des Kleinhirnwurmes und der Flocculi. — Man kann die Gestalt des menschlichen Kleinhirnwurmes unter der Form eines nach vorne offenen sagittal gestellten Bogens schematisch darstellen, dessen oberes Ende durch die Lingula, dessen unteres durch den Nodulus gebildet wird. Geht man in der Reihe der Säugethiere nach abwärts bis zu den Vögeln, so weicht das untere Ende dieses Bogens immer mehr nach hinten zurück, während das obere Ende ihm nachrückt, sich dabei zuerst nach unten und dann nach rückwärts wendend, bis wir bei den Vögeln nahezu einen nach hinten offenen Bogen erhalten, dessen oberes Ende den Nodulus, dessen unteres der Lingula des Menschen entsprechen würde. Der Unterwurm ist beim Manne länger, bei der Frau breiter; auch beim Absteigen in der Thierreihe nimmt die Breite des Unterwurmes im Verhältniss zu seiner Länge zu.

Die Flocculi zerfallen jederseits in einen oberen und einen unteren von denen mitunter letzterer mangelt; selten ist die Anwesenheit eines accessorischen, dritten flocculus. Die Flocken sind links breiter, rechts höher.

Im dritten Abschnitte wird jene bereits erwähnte, durch das corpus rhomboideum bedingte Hervorragung am Dache des vierten Ventrikels beschrieben.

Der vierte Abschnitt endlich hat nichts mit dem Kleinhirn zu thun; er ist der eingehenden Beschreibung eines sechsten Hirnventrikels (Ventricolo della volta a quattro pilastri, Verga'scher Ventrikel) gewidmet. Es ist dies eine nicht constante, mit Epithel ausgekleidete Höhlung zwischen der unteren Fläche der hinteren Balkenhälfte und dem Fornix, welche zuerst von Verga beschrieben, seitdem aber sehr wenig beachtet wurde. (Vergl. Henle Nervenl. 2. Aufl. pag. 165). Dieser sechste Ventrikel, welcher stark hydropisch erweitert sein kann, fand sich mehr oder minder gut ausgebildet unter 83 untersuchten Gehirnen von Männern 19 mal, bei 52 Frauen 7 mal. — Unter den Säugethieren fand sich ein solcher VI. Ventrikel nur beim Ochsen.

Obersteiner (Wien).

---

456) **E. C. Spitzka:** The functional and morphological relations of the cerebellum.

(Chicago Medical Revew. July 5. 1881.)

Verf. bemüht sich, die Functionen des Kleinhirns aus seinen anatomischen Verhältnissen zu beweisen. Dasselbe überwiege nicht, wie man oft meine, bei niedern Thieren, sondern sei um so höher entwickelt, je höher das betreffende Thier organisirt sei, am höchsten also beim Menschen. Dass es gerade bei diesem am meisten vom Grosshirn bedeckt sei, liege daran, dass Hirn und Kleinhirn proportional ihren Massen wachsen. Das Kleinhirn besteht beim Menschen, setzt er dann auseinander, aus dem Wurm, 2 grossen Hemisphären und einigen kleinen Lappen, von denen die Tonsille und Flocke die wesentlichsten sind. Alle diese Theile sind bedeckt von der grauen, reich gefalteten Rindensubstanz; in jede Falte dringt ein Bündel weisser Fasern von der grossen Centralmasse ein. In derselben liegen verschiedene Ganglien, die zur Kleinhirnrinde in einem ähnlichen Verhältnisse stehen, wie das corp. striat. zur Grosshirnrinde. Die grössten derselben sind die in jeder Hemisphäre liegenden nuclei dentati und die im Wurm befindlichen nucl. fastigii (Stilling's Dachkern). Alle diese Theile hängen mit andern Hirntheilen und gewissen Hirnnerven zusammen und zwar geschieht dies durch den von Wilder sogenannten Praepedunculus (crus cerebelli ad cerebr., Bindearm); 2. durch das Pontibrachium (crus cerebelli ad pontem, Brückenarm); 3. durch die Hörnervenwurzel; 4. durch die columna restiformis; 5. durch das Trapezium. Da die beiden ersten in Hinsicht auf das Kleinhirn ausführende Theile, die 3 letzten zuführende sind, so folgt, dass alle cerebellaren Züge centripetal sind, eine directe motorische Innervation daher von den functionellen Fähigkeiten des Kleinhirns auszuschliessen ist. Die columna restiform. entstammt hauptsächlich den Hintertheilen des Rückenmarkes (von Flechsig fälschlich bezweifelt) durch die von den Olivenkernen vermittelte Kreuzung (nach Meynert), verdankt einen grossen Theil ihrer Masse der directen Kleinhirnseitenstrangbahn und führt

zur Rückenfläche der Rinde der Kleinhirnhemisphäre, (zum Theil nach Stilling auch in das Innere des nucl. dent.), wohin sie die in den sensibeln Endorganen entstandenen Molecularbewegungen bringt. Ein anderer an der innern Seite der colum. restif. gelegener Theil scheint in der ideellen Verlängerung der Burdach'schen Säule zu verlaufen und geht nach Stilling zum Dachkern. — Die Hörnervenwurzel sendet Fasern zu den nucl. dent. und fastig., nachdem sie die nucl. auditor. passirt hat. Diese Fasern sind zahlreicher, als die im Hörnerven selbst befindlichen. Es besteht daher ein wichtiger Zusammenhang zwischen innerm Ohr und Kleinhirn. — Das Trapez entwickelt sich gleichfalls centripetal und sendet seine Fasern zum Wurm und nucl. fastig. — Ausserdem gibt es noch eine directe Kleinhirnwurzel für die sensorische Abtheilung des trigeminus und ein zartes Bündel, das vom vagus zur Flocke verläuft. Die Hauptverbindungszüge zwischen Kleinhirn und den höheren Centren bilden also der Praepedunculus, dessen Fasern sich mit denen der andern Seite kreuzend vom nucl. dent. zum nucl. fastig. gehen, und das Pontibrachium, das in den seitlichen Ecken und der Bauchfläche der Hemisphären entstehend die Querfasern des pons bildet und sich zum Gehirn in den pes. peduncul. fortsetzt. Dazu aber kommt noch ein dritter Zug, der namentlich den Wurm mit den Vierhügeln verbindet.

Aus diesen anatomischen Daten lassen sich mit Hilfe der vergleichenden Anatomie die Functionen des Kleinhirns ableiten. Bei den Reptilien ist das Kleinhirn nur durch den Wurm repräsentirt (ähnlich bei den Beutelthieren). Mit der höhern Organisation der Thiere erwies die allgemeine sensor. Peripherie und der Hörapparat eine grössere Projection, die mit dem Gehirn selbst schrittweise wächst und Hirn- und Kleinhirnhemisphären, nucl. dent. des Kleinhirns und Olivenkerne nehmen mehr und mehr zu (eine Ausnahme macht das Meerschweinchen p. p.). Die columna restif., die Querfasern des pons und ein Theil des pes pedunc. können als ein zusammenhängendes System von Fasern betrachtet werden, die sensible Eindrücke zum Gehirn bringen, und zwar nach einer temporären Ablenkung des Stromes in die Kleinhirnrinde. Ein paralleles System bildet die Hörnervenwurzel, die mit dem nucl. dent. verbunden ist, der praepedunculus, der aus diesen stammt, das Ganglion fastig., in welches der praeped. eindringt, und gewisse Fasern, die von hier durch den Thalamus oder den Strahlenkranz direct zur Rinde dringen: dasselbe bringt die in den auditorischen Endorganen entstehenden Eindrücke nach einer ähnlichen zeitweisen Ablenkung ins Kleinhirn zum Grosshirn. Was bedeutet nun diese Ablenkung? Schon das Kleinhirn der Reptilien, der Wurm, stellt ein Organ dar, in welchem die in den auditorischen und tactilen Endorganen entstehenden Eindrücke zusammenkommen. Aehnlich verhält sichs bei den höhern Thieren und beim Menschen: auditorische und spinale Fasern treffen sich in den Kleinhirnhemisphären mit ihrem nucl. dent. und werden in Association gebracht durch Fasern, die von der Kleinhirnrinde zu dem nucl. dent. ausstrahlen. Das Kleinhirn muss demnach dazu dienen, die Eindrücke der Berührung und der Lage mit

denen des Raumes und der Zeit zu verknüpfen, und zwar zum Vortheil der Grosshirnhemisphären: es ist also ein „informing depot“ für das Grosshirn, hat daher an der Aufrechterhaltung des Körpergewichtes nur insofern Antheil, als es nicht Centrum der jenes bewirkenden Coordinationsvorgänge, sondern nur ein Organ ist, in welchem diejenigen Gefühls- und Gehörseindrücke zusammen kommen resp. unter einander verknüpft werden, welche das Grosshirn zu der fürs Gleichgewicht nothwendigen motorischen Action anregen.

Da nun alle das Kleinhirn zusammensetzenden sensorischen Züge ebenso gut zu der Grosshirnrinde hätten direct gehen können, so entsteht die Frage, warum das Kleinhirn ein besonderer Gehirnabschnitt ist. Dies kommt daher, dass die Lage des die Gehörs- und Tasteindrücke associirenden Organ's (des Kleinhirns) zunächst durch die Lage und die primitive Endigung der Hörnervenwurzel bestimmt wurde: aus der Steigerung der functionellen Thätigkeiten bildete sich das Urorgan zu den höhern Formen (beim Menschen p.p.) aus, zumal sich an dasselbe alle Verbindungen verwandtschaftlicher Art anlegten. So kann das Kleinhirn des Menschen p. p. als eine „üppige Hypertrophie“ des ganglion auditor. betrachtet werden, gerade wie das Grosshirn sich auf den lob. olfactor. aufgebaut hat.

Voigt (Oeynhausen).

---

457) **Wolff** (Breslau): Strangförmige Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks mit gleichzeitigen meningo-myelitischen Herden.

(Arch. f. Psych. XII. Bd. 1. Heft.)

Verf. macht Mittheilungen über einen Fall von Rückenmarkserkrankung die sich durch die Jahre 1866—80 hinzog. Bei einem weibl. Individuum Ende der 50 Jahren traten nacheinander auf: Reissende Schmerzen in den unteren Extremitäten. Zittern bei intendirten Bewegungen der oberen Extremitäten. Paraesthesie. Ataxie der unteren, nicht der oberen Extremitäten. Aufgehobene Sehnenreflexe. Zeitweilige Muskelspannungen der oberen und unteren Extremitäten. Incontinentia urinae et alvi. Decubitus. Allg. Marasmus und Tod. — Die Section ergab eine allgemeine Verdickung der Pia des Rückenmarks und der Medulla oblongata, also stattgehabte Meningitis. Ferner bestand eine strangförmige Degeneration der Hinterstränge, und zwar nahm der Prozess von unten nach oben zu. Am meisten betheiligt waren die Goll'schen, weniger die Keil-Stränge. Von der Med. oblong. waren die Fasciculi graciles mitergriffen, in sehr geringem Grade auch die Fasciculi cuneati. Ein localer myelitischer Prozess hatte stattgefunden zwischen der Austrittsstelle des VIII. Hals- und I. Brustnerven, bestehend in grauer Degeneration der Vorderstränge, eines Theils der Seitenstränge und geringer Affection der Vordersäulen. Ein noch kleinerer Herd (nur auf 4 aufeinanderfolgenden Schnitten in der Breite einiger Millimeter sichtbar) befand sich an der äusseren Peripherie des rechten Seitenstrangs auf der Höhe des III. Halsnerven. — Der Umstand, dass eine *allgemeine* Verdickung der Pia bestand, machte es wahrscheinlich, dass in diesem Falle die Meningitis beziehungsweise Interstitialaffection das

primäre war, und die Parenchymerkrankung nach sich zog. — Eine neue Bestätigung der jetzt allgemein verbreiteten Annahme, dass die Goll'schen Stränge und die sich daranschliessenden Burdach'schen Keilstränge besondere Systeme bilden, hat dieser Fall durch characteristische klinische Symptome nicht gebracht, trotzdem die genannten Stränge in deutlich verschiedenen Stadien der Degeneration sich befanden. — Nach Pierret sollen die für das Entstehen der Ataxie in Frage kommenden Stränge in Gestalt zweier schmalen Bündel in der äusseren Parthie der Keilstränge liegen. In unserm Falle waren diese erhalten im Halsmark — daher blieben die Bewegungen der Oberextremitäten geordnet; sie waren degenerirt im Lendenmark, daher bestand Ataxie der unteren Extr. Pierrets Ansicht wird also bestätigt.

Das in dem Krankheitsbilde auftretende Intentionszittern der oberen Extremitäten erklärt Verf. als Folge der Insufficienz des Centralorganes, gegeben durch Degeneration der Vorderstränge und eines Theils der Seitenstränge und Vorderhörner zwischen VII. Hals- und I. Brustwirbel.

Langreuter (Dalldorf).

---

458) **Adolf Strümpell** (Leipzig): Ueber Tabes dorsalis.
(Referat nach des Verf. Vortrag auf der Naturforscherversammlung in Salzburg).

Schon der klinische Verlauf der typischen Tabes dorsalis muss uns bei genauerer Betrachtung den Gedanken nahe legen, dass die anatomische Localisation der Krankheit eine bestimmte Beziehung zu Faserabschnitten von bestimmter physiologischer Dignität hat. Die einzelnen typischen Fälle von Tabes bieten immer und immer wieder dieselben characteristischen Symptome dar, während wieder andere, sonst bei Rückenmarksleiden häufig vorkommende Erscheinungen mit merkwürdiger Constanz fehlen. Fast alle Abweigungen der einzelnen Fälle untereinander beziehen sich nur auf die Intensität und die Reihenfolge im Auftreten der einzelnen tabischen Symptome. Hiernach erscheint es schon vom klinischen Standpunkte aus ein Postulat zu sein, die Tabes zu den *Systemerkrankungen* des Rückenmarks zu rechnen. Redner führt aus, wie auch die anatomischen Ergebnisse, welche er bei der Untersuchung relativ zahlreicher tabischer Rückenmarke gewonnen hat, diesem Postulat entsprechen und nur so verständlich erscheinen. Dieser anatomische Nachweis ist aber deshalb schwierig, weil wir über die systematische Sonderung der Fasern in den Hintersträngen noch fast nichts wissen, und weil individuell vorkommende Eigenthümlichkeiten des Faserverlaufs die Vergleichung der Fälle erschweren können.

Der Nachweis des systematischen Characters der Hinterstrangdegeneration lässt sich am besten an sehr initialen Fällen führen. Redner untersuchte das Rückenmark einer an Typhus gestorbenen Frau, welche von tabischen Symptomen nur lancinirende Schmerzen, seit 2 Jahren bestehend, reflectorische Pupillenstarre und Fehlen der Patellarreflexe dargeboten hatte. Hier fanden sich in den Hintersträngen des Dorsalmarks ein schmaler medianer und zwei schmale

seitliche Degenerationsstreifen, dieselben Felder, welche in einem früher untersuchten Falle von combinirter Systemerkrankung mit spastischen Symptomen frei geblieben waren. Man erkennt hier also einen interessanten sich entsprechenden Gegensatz einerseits der klinischen Erscheinungen und andererseits der anatomischen Veränderungen. Im Lendenmark war beiderseits in ganz symmetrischer Weise die mittlere Partie der Hinterstränge erkrankt. — Denselben Befund, nur etwas weiter fortgeschritten, machte Redner noch in einem zweiten Falle von initialer Tabes.

Auch an den fortgeschrittenen Fällen von Tabes finden sich in der Localisation der Hinterstrangerkrankung viele Eigenthümlichkeiten, welche sich nur mit der Annahme einer Systemerkrankung vereinigen lassen, wobei freilich nicht an die Affection eines einzelnen Fasersystems, sondern an eine *combinirte Systemerkrankung* gedacht werden muss. Erwähnt mag bosonders werden das *fast constante* Intactbleiben gewisser Abschnitte in den Hintersträngen, so besonders der vorderen Partien im Lendenmark, gewisser vorderen und der sog. hinteren äussern Felder im Halsmark.

Eine richtige Bestätigung für die Auffassung der Tabes als einer combinirten Systemerkrankung ergab die Untersuchung eines 21 Jahre lang bestandenen Falls, in welchem schliesslich echte Lähmung der Beine eingetreten war. Hier fanden sich im untern Brustmark und im Lendenmark die Pyramidenbahnen der Seitenstränge in ebenfalls systematischer Weise degenerirt, so dass die Betheiligung der Seitenstränge unmöglich durch einfaches Fortschreiten des Processes per continuitatem erklärt werden konnte.

Auch die Degeneration der Goll'schen Stränge hält Redner nicht für eine secundäre aufsteigende Degeneration im gewöhnlichen Sinne, sondern für eine primäre selbständige Erkrankung der betreffenden Fasern.

---

459) **Voigt** (Rehme-Oeynhausen): Syphilis und Tabes dorsalis.
(Berl. kl. Wochensch. 1881 Nro. 39.)

Verf. untersuchte im verfl. Jahre 52 Fälle von Tabes dorsalis, 47 Männer u. 5 Frauen, wovon 44 typischer Art (43 M. 1 Fr.) Von diesen 43 litten 29, also 67% an Syphilis, ehe sie Tabes aquirirten; 5 von diesen 29 waren neuropathisch belastet, 1 gab als Ursache Anstrengungen des Feldzuges an, 1 beschuldigte den nasskalten Fussboden seines Bureaus.

Nach Abzug dieser 7, bleiben noch 22, als 51%.

Die Tabes begann im Alter von:

		bei Syphilitischen	bei Nichtsyphil.	Summa	
23	Jahren	1	—	1	mal.
26—30	„	4	3	7	„
31—35	„	7	2	9	„
36—40	„	8	7	15	„
41—45	„	6	—	6	„
46—50	„	2	1	3	„
55—58	„	1	1	2	„
	Summa	29	14	43	„

Zwischen Beginn der Tabes u. d. syph. Infection lag ein Zeitraum von 2 Jahren in 1 Falle, 3—5 Jahren in 2 Fällen, 6—10 Jahren in 12 Fällen, 11—15 Jahren in 10 Fällen, 16—20 Jahren in 3 Fällen, 21—25 Jahren in 1 Fall, Zahlen, welche ziemlich analog den Erb'schen Befunden sind.

Die einzelnen Symptome nach Procenten berechnet, ergaben:

	Syph.	Nichtsyph.	Summa.
Ataxie	93	93	93
Schwanken	93	93	93
Fehlen der Partellarsehnenreflexe	93	100	96½
Reflect. Pupillenstarre	93	64½	63
Myosis	48	43	45½
Sehnervenatrophie	14	21½	17½
Lähmung der Augenmuskeln	34½	21½	28
Abnahme der Gehfähigkeit	97	93	95
Abnahme d. groben Kraft	55	64	59½
Mitergriffensein der oberen Extrem.	17	21½	19
Verminderung d. Gefühls für die Stellung der Gliedmassen	68	64	66
Kraftsinn	31	50	40½
Blasenschwäche	79½	78½	79
Stuhlverstopfung	52	50	51
Impotenz	79	85½	82
Cris. gastr.	10½	7	8½
Lancinirende Schmerzen	96½	93	94½
Parästhesien	93	86	89½
Darunter speciell das Gürtelgefühl	79	78	78½
Verminderung der faradocut. Sensibil.	62	78	70
„ der faradomusc. Sens.	45	64	54½
„ des Tastgefühls	96½	100	98
„ des Ortssinnes	89½	100	94½
„ des Temperatursinnes	34½	35½	35
„ des Drucksinnes	41½	50	45½
„ der Schmerzempf.	72	64	68
„ der Schmerzleitung	66	78	72
Schmerzhafte Nachempfindung	39½	43	41

Verf. zieht aus seinen Fällen den Schluss, dass die Syphilis eine wichtige Rolle in der Aetiologie der Tabes spiele. Ein wesentlicher Unterschied zwischen Tabikern mit und ohne vorausgegangener Syphilis lässt sich nicht finden. Die in den Zahlen befindlichen Differenzen sind zu klein, um einen vollgiltigen Schluss daraus zu ziehen, mithin wäre vorläufig noch ein specifisch krankmachender Einfluss der Syphilis auf die Hinterstränge etc. des Rückenmarkes auszuschliessen, die letztere erzeuge vielmehr nach Analogie anderer Schädlichkeit Tabes oder sie mache durch Ernährungsstörungen etc. den Körper weniger widerstandsfähig gegen die Noxen, die an und für sich Tabes zu erzeugen im Stande sind.

In Betreff der Behandlung der vorausgegangenen Syphilis wird eine energische Schmierkur empfohlen, bei ausgesprochener Tabes jedoch wird nach Verf. selten durch dieselbe ein nachhaltiger Erfolg erzielt. Im Uebrigen wurden Thermalsoolbäder (24—22°R.)

und der constante Strom angewendet. Besserung von 21 Syphilitischen und 11 Nichtsyphilitischen. Am Schlusse bemerkt Verf., dass es sich hier lediglich um typische Tabes handele, nicht um solche Fälle, wo durch den syphilitischen Process ein Krankheitsbild hervorgerufen wurde, das durch die Ataxie als Tabes imponirt, aber eigentlich nicht, wie die Atypie beweist, eine characteristische strangförmige graue Degeneration der Hinterstränge sei.

Goldstein (Aachen).

---

460) **Fischer** (Cannstatt): Ueber Verlangsamung der sensiblen Leitung bei Tabes dorsalis.

(Berl. klin. Wochenschrift. 1881. Nro. 33.)

Die Verlangsamung der Schmerzleitung im Rückenmark ist ein bekanntes und nahezu constantes Symptom der Tabes. Verschiedene Beobachtungen deuten darauf hin, dass auch Erregungen für den Tast-, Druck- und Temperatursinn verlangsamt zum Bewusstsein gelangen können. In der neuern Zeit sind von Takàcs hierüber genauere Untersuchungen angestellt worden. Verf. war in der Lage in 5 Fällen durch eine einfache, wie er selbst sagt, grobe Methode Verzögerungen der tactilen Leitung nachzuweisen, indem er mit Kranken zu thun hatte, welche mit anerkennungswerther Aufmerksamkeit ihre Sinneseindrücke controllirten. Er fand eine bedeutende Verzögerung und zwar für die Schmerzleitung bis zu 15 (!) Secunden. Ferner war erwähnenswerth, dass, während gewöhnlich die Tastempfindung *schneller* als die Schmerzempfindung erfolgt, hier die Schmerzleitung rascher erfolgte als die Leitung einfacher Tasteindrücke. Interessant war die Erscheinung, dass bei zwei Kranken eine *Verbesserung* der Leitungsgeschwindigkeit während des Versuchs sich einstellte, während in andern Fällen die Leitungsfähigkeit immer geringer wurde bis schliesslich gar keine Reaction mehr erfolgte. Was die Erklärung der erwähnten Befunde betrifft, so werden wir unter Zugrundelegung der bekannten Hypothese Schiff's annehmen können, dass in den beiden Leitungsbahnen (für Tast- und Schmerzempfindung) isolirte Verzögerungen der Leitung auftreten können, welche eine *Incongruenz* des Eintreffens der Erregungen im Centralorgan bedingen. Die Verzögerungen werden abhängig sein von einem (hypothetischen) pathologischen *Widerstand* in den einzelnen Bahnen. Ob für die Verlangsamung der Schmerzleitung eine Einengung des grauen Querschnitts nöthig ist, und das leitungshemmende Moment für taktile Erregungen bestimmt in den weissen Strängen gesucht werden muss, erscheint fraglich.

Für die Entscheidung der Frage, ob auch die Leitung anderer Empfindungsqualitäten verlangsamt sei, ergaben die Untersuchungen keine genügende Anhaltspunkte.

In wieweit die Hypothese von Takàcs, welche in folgenden Sätzen gipfelt: „1. bei der Ataxie ist die sensible Leitungsverlangsamung stets vorhanden. 2. Der Grad der Ataxie steht in geradem Verhältniss zu der sensiblen Leitungsverlangsamung“, eine allgemeine Gültigkeit hat, lässt der Verf. unentschieden.

Eickholt (Grafenberg).

---

461) **James Ross** (Manchester): A Treatese on the Diseases of the Nervous System.

(Two Volumes. p.p. 594 and 998, with neraly 300 engravings. London, Churchill. 1881.)

Das vorliegende Werk ist ohne Zweifel eins der umfangreichsten und verdienstvollsten, welche seit längerer Zeit über die Krankheiten des Nervensystems erschienen sind. Von den betreffenden Büchern Eulenburg's und Rosenthal's unterscheidet es sich vortheilhaft durch die sehr grosse Anzahl von Abbildungen welche demselben beigegeben sind, und welche besonders für Studenten und praktische Aerzte von grossem Werthe sein müssen und das Verständniss des Textes wesentlich erleichtern. Viele dieser Abbildungen sind aus deutschen Werken (Landois, Hermann, Henle) entnommen, andere aus französischen (Charcot), doch mangeln auch Originalzeichnungen nicht. Der Styl ist leicht und fliessend, obwohl nicht so schwungvoll, wie z. B. in den Werken Romberg's u. A.; die Vertheilung von Licht und Schatten möchte man sich mitunter anders wünschen; jedenfalls aber ist das Buch von Ross eine reiche Fundgrube des Wissens, mit grossem Fleiss und Sachkenntniss gearbeitet, und durchweg correkt. Literarische Nachweise, welche fast gänzlich fehlen, hätten den Werth des Buches noch erhöht; dagegen findet sich ein reichhaltiger Index, und die Ausstattung ist, wie bei den meisten englischen Publicationen, was Druck, Papier und Einband anbelangt, ganz vorzüglich. Auf Löschpapier wird in England nicht mehr gedruckt. Das Missverhältniss zwischen den beiden Bänden, von welchen der zweite 400 Seiten mehr enthält als der erste, erklärt sich wohl aus dem Umstande, dass dem Verfasser das Material unter den Händen mehr anwuchs als er erwartet hatte.

Die einleitenden Bemerkungen über Struktur und Functionen des Nervensystems hätten vielleicht etwas abgekürzt werden können, denn in einem Buch über Nervenkrankheiten sucht man keine Auseinandersetzungen über die Conservation der Kraft, Fundamental-Eigenschaften der lebenden Materie, Protoplasma, die Bewegungen der Amöbe und des Protococcus pluvialis etc.; sowie jedoch der Autor mehr auf seinen speciellen Gegenstand eingeht, und die Struktur der Ganglienzellen und Nervenfasern bespricht, werden seine Bemerkungen prägnanter. Seine Theorie über den allgemeinen Plan in der Anordnung des Nervensystems, die Fusion der Nervencentren, die Typen des grossen und kleinen Gehirns und Rückenmarks u. s. w. sind kurz und bündig gehalten, und schliesst das erste Kapitel mit Notizen über Entwicklung und Rückbildung, nach Herbert Spencer und Hughling Jackson. Im zweiten Kapitel wird die allgemeine Aetiologie der Nervenkrankheiten besprochen, und theilt der Verf. die Ursachen in innerliche und äusserliche ein. Unter den ersteren befindet sich Erblichkeit, Alter, Geschlecht, Rasse, allgemeine Ernährungsstörungen, geschlechtliche Ausschweifungen und Unregelmässigkeiten; während als äusserliche Ursachen, Traumen, Compression, direkte Verbreitung krankhafter Processe aus der Nachbarschaft, Erkältung, Störungen des Kreislaufs, z. B. Unterdrüc-

kung der Menstruation oder des Hämorrhoidalflusses, Ueberanstrengung, örtliche Entwicklung verschiedener Infectionskrankheiten, wie z. B. Tuberculose und Syphilis, acute Krankheiten wie die Exantheme, Typhus, Pneumonie; chemische Gifte wie Merkur, Strychnin, Arsenik, Phosphor und Blei; organische, im Körper erzeugte, aber nicht aus ihm abgeschiedene Gifte, locale Krankheiten der übrigen Organe, wie Nieren, Uterus u. s. w., und schliesslich psychische Störungen, wie Furcht, Schrecken, Wuth, und der Kampf um das Leben im Darwin'schen Sinne angegeben werden.

Die allgemeine Syptomatologie der Nervenkrankheiten bildet den Gegenstand des dritten Kapitels. Hier differenzirt Verf. die Aesthesioneurosen, Kinesioneurosen und Trophoneurosen, und bespricht Hyperästhesie, Hyperalgesie, Anästhesie, Analgesie, Neuralgie, Parästhesie, Paralgesie, Hyperkinese, Akinese, Synkinese, neurotische Hypertrophie, Paratrophie und Dystrophie. Im vierten Kapitel werden die Aesthesio-Neurosen speciell abgehandelt je nachdem dieselben besonders die Haut, die Muskeln, Knochen und Gelenke, sowie die Viscera befallen; die Bemerkungen über die Untersuchungsmethoden der Sensibiltät sind kurz und treffend. Es folgen dann die Kinesioneurosen, welche in äussere, viscerale, und Angio- oder vasculäre Neurosen eingetheilt werden; hier findet sich eine sehr gute Auseinandersetzung der oberflächlichen und tiefen Reflexe. Im Kapitel über Tropho-Neurosen wird die Degeneration und Regeneration der Nerven, die histologischen Veränderungen in gelähmten Muskeln, Erythema, Eczema, Herpes, glossy skin, leucoderma, lepra anästhetica, Decubitus, Ernährungsstörungen der Nägel und Haare, Schweissdrüsen der Gelenkflächen und Knochen, Speichel- und Thränendrüsen u. s. w. discutirt.

Eine Classification der Nervenkrankheiten unternimmt Verf. von drei Gesichtspunkten aus, nämlich nach Wesen und Art der Krankheiten, und nach den dadurch bedingten Functionsstörungen. Zu der ersten rechnet er Entzündung, Degeneration, vasculäre Affectionen, wie Hyperämie, Anämie, Blutung, Embolie und Thrombose; Vergiftungskrankheiten, Wunden und Compression des Nervengewebes. Zu der zweiten Herd- und Systemkrankheiten, moleculäre, moläre (grobe) und histologische Läsionen. Zu der dritten Reizungs- und Depressionsaffectionen, discharging and destroying lesions (Jackson).

Es folgt nun eine Auseinandersetzung der allgemeinen Diagnose und Prognose, wobei die erstere in topographische und pathologische eingetheilt wird. Die topographische Diagnose hat den Process im Gehirn, Rückenmark, oder den peripherischen Nerven zu localisiren, während die pathologische Diagnose das Wesen des Krankheitsprocesses zu bestimmen hat, also ob Blutung, Entzündung, Erweichung, Geschwulst u. s. w. vorliegen. Die Prognose ist im Allgemeinen günstiger in Störungen der sensitiven als der motorischen Bahnen, in peripherischen als in centralen, in Gehirn- als in Rückenmarkskrankheiten. Natürlich lassen sich leicht Ausnahmsfälle anführen, im Allgemeinen jedoch sind diese allgemeinen Sätze ohne Frage richtig.

Die allgemeine Therapie der Nervenkrankheiten hat sich zuvörderst (oder wie ein bekannter Irrenarzt zu sagen pflegt: „in erster Linie") mit der Prophylaxe zu beschäftigen, welche als Theil der allgemeinen Hygiene aufgefasst werden muss. Kinder von neurotisch belasteten Eltern müssen besonders sorgfältig erzogen, während der Pubertäts-Entwicklung besonders genau bewacht und in die günstigsten Verhältnisse gebracht, nicht zu sehr zum Lernen, sondern mehr zum Reiten, Spazierengehen, gymnastischen Uebungen angehalten werden; viel Aufenthalt in frischer Luft, besonders in der Sonne, Eisen, und Leberthran. Die Entfernung der directen Krankheitsursache ist die zweite Indication, die sich natürlich nicht immer erfüllen lässt. Drittens muss die anatomische Ursache entfernt werden, indem man einen günstigen Einfluss auf die Ernährung des erkrankten Theiles auszuüben sucht, und dies kann theils durch innere Mittel, wie Strychnin, Conium, Calabarbohne, Atropin, Opium, Chloral, Bromkali, Jodkali, Merkur, Zink u. s. w., theils durch äussere Mittel geschehen, wie Application der Kälte und Wärme, die verschiedenen Arten der Bäder, Klimate, Friction, Massage, Gymnastik und Elektricität.

(Schluss folgt.)

Julius Althaus (London).

---

462) **Macleod**: Cases of Choreic Convulsions in Persons of Advanced Age.

463) **Mc Dowall**: Chorea in an Aged Person.

(Journ. of ment. sc. July 1881 p. 194—200 & 201—203.)

Macleod berichtet über 3 Fälle, bei denen in vorgerücktem Lebensalter „*Chorea-Krämpfe*" auftraten, die Mittheilung gewinnt noch dadurch an Interesse, dass bei allen dreien ein ähnliches Sectionsergebniss gefunden wurde.

Ein 42 jähriger Mann, dessen Vater an Lähmung getsorben war, kam wegen einer leichten Dementia mit übergrosser Irritabilität in die Anstalt. Vorboten datirte er selbst auf 3 Jahre zurück. Er war geschwätzig, stotterte aber beim Sprechen, grimasirte und wand sich gleichzeitig mit dem ganzen Körper, so dass man dadurch den Eindruck einer stärkeren Dementia erhielt, als der Wahrheit entsprach. Rumpf, Gliedmassen, Gesichtsmuskeln, Zunge und Articulationsmuskeln waren in beständiger unwillkührlicher Bewegung, bei jeder beabsichtigten Bewegung psychische Aufregung oder nach Sinneseindrücken. Im Schlaf hörten die unwillkührlichen Bewegungen auf. Beide Füsse, und zwar der rechte mehr als der linke, waren ein wenig paretisch. 2 Jahre nach der Aufnahme verschlechterte sich diese Parese, sowie sein ganzer Zustand, es trat endlich völliger Stupor ein und einige Monate darauf starb er. Die Chorea-Convulsionen hatten aber angedauert bis zu dem Beginne des Comas in dem er starb.

Eine 62jährige Frau, gleichfalls erblich belastet, war 2 Jahre vor ihrer Aufnahme schon krank. Psychisch war sie kindisch und zanksüchtig. Körperlich war sie merklich paretisch an den Füssen

und hatte Chorea am ganzen Körper. Im Schlafe cessirten die Krämpfe. 3 Jahre nach ihrer Aufnahme hatte die Paralyse ihren ganzen Körper ergriffen, war aber rechts deutlicher als links. Die Krämpfe dauerten an bis zu ihrem Tode 1/2 Jahr später, waren aber auf der rechten Seite schwächer. Der psychische Zustand hatte sich zuletzt auch bis zu einem völligen Stupor verschlimmert.

Eine 72jährige Wittwe, *die Schwester der vorigen*, war 2 Jahre vor ihrer Aufnahme krank, wurde lärmend, später stuporös. Chorea über den ganzen Körper, setzt aus im Schlafe. Beide Füsse gelähmt, Tod schon 4 Monate nach der Aufnahme. Zwei Brüder dieser Frauen leiden an Chorea! Das wichtigste Ergebniss der Section war im ersten Fall eine grosse Cyste nach einem alten Bluterguss, die beiderseits über den Parietallappen, sowie über den hinteren Theil des Stirnlappens, vom Vertex bis zur Fissura Sylvii hinab lagerte. Im zweiten Fall eine ähnliche Cyste in derselben Gegend auf der linken *Seite*. Im dritten Fall eine Anzahl kleinerer bis Nuss-grosser Tumoren in der Dura mater, die gleichfalls auf die linke Stirn-Scheitelgegend drückten. Die gedrückten Windungen waren in allen 3 Fällen mehr weniger atrophisch.

Macleod bespricht auch die vordem bekannt gewordenen Fälle. Von einem 36jährigen Mann über den *Maclaren* Mittheilung machte (Journ. of ment. sc. Vol. XX., p. 97), konnte er in Erfahrung bringen, dass er 2 Jahre darauf gestorben sei. Bei der Section fand sich ein Bluterguss über dem rechten „Mittellappen" des grossen Gehirns. Ein Bruder litt an „Hirnfieber". Zu einem Fall der von Bacon veröffentlicht wurde (Reft. in Centrbl. 1880 p. 410) bringt Vf. den Nachtrag, dass auch bei diesem die Chorea-Krämpfe im Schlafe aufhörten.

Ausserdem erwähnt Macleod auch noch den Fall einer Frau, die nach einer Mittheilung von Dr. Barnes seit 38 Jahren an Chorea leidet. In ihrem neunten Jahre erlitt sie einen Insult des Lendentheiles der Wirbelsäule. Daraut stellten sich unwillkürliche Zuckungen in den Muskeln der linken Wade ein und im Laufe der Zeit wurden immer mehr Muskeln mit einbezogen. Jetzt ist sie 47 Jahre alt, seit 9 Jahren etwa ist die Chorea schon über den ganzen Körper verbreitet.

Mc Dowall erzählt im Anschlusse an Macleod's Arbeit den Fall einer Frau, die in ihrem 34. Jahre von „Veitstanz" befallen wurde, jetzt ist sie 49 Jahre alt. Sie wurde besonders psychisch immer schlechter, dement, zeitweise unruhig und unrein. Sie kann nicht stehen und sitzen, liegt immer auf der rechten Seite mit im Hüftgelenk gebeugten, im Knie gestreckten Füssen. Die Zuckungen beschränken sich auf die Muskeln des Gesichtes und die Beuger und Strecker der Finger, Zehen und des Fussgelenkes. Im Gesichte sind sie mässig schnell, Finger und Zehen bewegen sich aber in einer so gemessenen Weise, dass man an die peristaltischen Bewegungen erinnert wird. Fühlt sie sich beobachtet, so werden die Bewegungen heftiger, im Schlafe hören sie auf. Eine Schwester und die Grossmutter waren geisteskrank.

Die Beschreibung des letzten Falles und der Sectionsbefund in den 3 erst angeführten lassen wohl vermuthen, dass die Krankheit, um die es sich dabei handelt, trotz der Chorea-artigen Krämpfe in den ersten 3 Fällen mit der „Athetosis“ mehr verwandt sei, als mit der wirklichen Chorea. Mc. Dowall ist sich der Aehnlichkeit auch wohl bewusst, er hält aber dafür, dass die Athetosis eben nur als eine *Form beschränkter Chorea* aufzufassen sei.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

464) **Unverricht** (Breslau): Beitrag zur Lehre von der partiellen Epilepsie.

(Deutsche medicin. Wochenschrift. Nro. 34 u. 35. 1881.)

Unter Berücksichtigung der für eine neue pathogenetische Anschauung der Epilepsie in Betracht kommenden Untersuchungen von Fritsch und Hitzig, Charcot, Pitres und H. Jackson beschreibt Verf. einen Fall, der rücksichtlich der Krampferscheinungen alle Attribute der exquisiten *partiellen* oder *Rindenepilepsie* darbot. Die bei einem tuberculösen Individuum ohne Vorboten auftretenden Krampferscheinungen begannen an der rechten Hand, gingen dann auf den Arm, das Gesicht und die untere Extremität über. Zeitweise wurde die ganze Körpermusculatur in Mitleidenschaft gezogen, wobei das Bewusstsein erlosch oder erhalten blieb. Auf jeder dieser Etappen konnten die Krampferscheinungen Halt machen. Die allgemeinen Convulsionen traten ein, nachdem vorher der Arm, das Gesicht und das Bein ergriffen wurden, oder sie erfolgten so schnell, dass Pat. nicht angeben konnte, ob sie im rechten Arm begonnen hatten, oder nicht. Die erwähnten Symptome wiesen auf eine Affection reizender Natur in der psychomotorischen Sphäre hin und konnte mit Rücksicht auf die Aetiologie und die fehlenden Lähmungssymptome nur an eine Geschwulstbildung gedacht werden. Bei der Obduction fand sich in der That eine tuberculose Neubildung in der linken hintern Centralwindung nahe dem obern Ende derselben.

Verf. ist der Meinung, dass es gestattet ist aus den blosen Convulsionen mit ihrem typischen Verhalten ohne die Gesellschaft von Lähmungserscheinungen, einen bestimmten Schluss auf den Sitz der Läsion zu ziehen. Was das Zustandekommen der partiellen Epilepsie betrifft und ihr Verhältniss zur echten Epilepsie, so glaubt Verf. nicht, dass die Verletzung der Rinde die Rolle eines peripheren Reizes spielt, der secundär die epileptische Veränderung im Pons und in der medulla oblongata anregt. Er neigt vielmehr zu der Ansicht, dass sowohl die partiellen wie die allgemeinen Krämpfe ihren Ursprung aus der Rinde nehmen. Ist der Reiz in der motorischen Rindenregion schwach, so kommt es zu isolirten Zuckungen in bestimmten Muskelgebieten, ist er stärker so verallgemeinern sich die Krämpfe. Hierfür spricht das Experiment. Welcher Art die epileptischen Veränderungen sind, lässt sich nicht mit Sicherheit bestimmen; bei den Tumoren liegt ein nachweisbares Irritament vor, welches die benachbarten Rindenbezirke in einen Zustand

erhöhter Erregbarkeit und vermehrter Labilität setzt. Ohne Zweifel spricht hierbei die nervöse Disposition eine grosse Rolle und begünstigt bei der echten Epilepsie, die immerhin als diffuse Störung functioneller Natur anzusehen ist, die rasche Verbreitung eines Reizes über grosse Bezirke. Eickholt (Grafenberg).

465) **E. C. Seguin:** Importance of the Early Recognition of Epilepsie. (Medic. Rec. Aug. 6 & 13. 1881.)

Dem Verf. ist es häufig vorgekommen, dass die ersten Anfälle einer sich entwickelnden Epilepsie selbst von sonst tüchtigen Aerzten verkannt wurden. Er erzählt davon 12 Beispiele. Es ist das natürlich von grosser Wichtigkeit für die Kranken, denn gerade im Beginn der Erkrankung sind noch die meisten Chancen vorhanden, durch eine richtige Behandlung (Vf. scheint der Hauptsache nach Bromsalze zu verwenden) die Epilepsie zu heilen; während im weiteren Verlaufe ein habitueller Zustand sich ausbildet, der immer schwerer zu beseitigen wird.

Vereinzelte epileptische Anfälle pflegen mit eklamptischen verwechselt zu werden, von denen sie sich ja wirklich nicht unterscheiden lassen, besonders, wenn man von vorausgegangenen nichts weiss oder gerade den ersten epileptischen vor sich hat. Verf. macht darauf aufmerksam, dass eine besondere Neigung zu eklamptischen Krampfanfällen doch nur in den ersten beiden Lebensjahren vorkommt, in den beiden darauf folgenden allmählig verschwindet und späterhin nur ausnahmsweise besteht. Früher hat man wohl die Reflexe (Wurmreiz und ähnliches) eine übergrosse Rolle spielen lassen, jetzt ist man aber allgemein davon zurückgekommen. Bei Kindern unter 3 Jahren kann ein vereinzelter Anfall mit Wahrscheinlichkeit als durch Eklampsie verursacht betrachtet werden, besonders wenn man Kopfverletzungen, organische Gehirnkrankheiten, oder Microcephalie wegen vorzeitiger Verwachsung der Fontanellen ausschliessen muss. Bei älteren Kindern ist Eklampsie schon sehr selten, die Wahrscheinlichkeit streitet also für Epilepsie, an die erstere kann man aber denken, wenn eine Nierenerkrankung nach Scharlach zurückgeblieben ist. Beim Erwachsenen spricht wieder eine viel grössere Wahrscheinlichkeit für Epilepsie, ausser es handelt sich um eine chronische interstitielle Nephritis, die aber vor dem 40. Jahre seltener vorkommt. Bei der puerperalen Eklampsie sind wohl die Nebenumstände zu deutlich.

Die Anfälle von *Petit Mal* werden am leichtesten mit Schwindelanfällen verwechselt. Letztere zeichnen sich subjectiv durch ein eigenthümliches Gefühl von Drehen und Stürzen aus, erstere objectiv dadurch, dass Krampferscheinungen dabei nie ganz fehlen, wenn sie sich auch beschränken auf ein rigid werden des Körpers und starre offene Augen mit weiten Pupillen. Da die Anfälle des „petit mal“ noch hartnäckiger wiederzukommen pflegen als jene des „grand mal“ und auch für den Geisteszustand noch gefährlicher sind, so ist gerade bei ihnen eine rechtzeitige entsprechende Behandlung um so dringender. Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

466) **Lunier** (Paris): Ueber Fürsorge für Epileptiker.
(Ann. méd. psych. 1881 Mars.)

Als Grundlage zur Betrachtung der Mittel, mit welchen die Fürsorge für Epileptiker dem vorhandenen Bedürfniss entsprechend gehandhabt werden könnte, benützt Verf. eine von ihm zusammengestellte statistische Uebersicht über das Vorkommen der Epilepsie in Frankreich. Aus derselben entnehmen wir, dass in Frankreich auf 10,000 Einwohner 9,203 Epileptiker kommen, deren Gesammtzahl 33,325 beträgt. Von diesen sind in besonderen Asylen und Krankenhäusern 1650, in Irrenanstalten wegen gleichzeitig bestehender Geistesstörung 3550 untergebracht, so dass eine Summe von ungefähr 28,000 übrig bleibt, welche auf die Verpflegung in ihren Familien angewiesen sind. Ein Vergleich mit den übrigen Ländern Europas, sowie mit Amerika, welchen Verf. auf Grund eingehender Nachforschungen bei bedeutenden Autoritäten der betreffenden Länder anstellt, ergibt, dass die Verhältnisse überall so ziemlich die gleichen sind, nämlich derart, dass von einer öffentlichen Fürsorge für Epileptiker eigentlich gar nicht gesprochen werden kann.

Verf. ist der Ansicht, dass von den 28,000 familiär verpflegten Kranken wenigstens noch 10,000 einer Anstaltsbehandlung bedürften. Um diesem Bedürfniss genügen zu können, sollten nach dem Vorschlag des Verf. einerseits mit den Irrenanstalten zusammenhängende Abtheilungen für Epileptiker errichtet werden, in welche solche Kranke verbracht werden könnten, welche im Zusammenhang mit ihren Anfällen an mehr oder weniger lang dauernden psychischen Störungen leiden, während andrerseits noch eine Reihe von besonderen Anstalten nothwendig wäre, in welchen für heilbare oder besserungsfähige Kranke die erforderlichen therapeutischen Indikationen erfüllt werden könnten und wo unheilbare, für ihre Umgebung lästige oder gar gefährliche Epileptiker eine zweckentsprechende Verflegung fänden. Engelhorn (Maulbronn.)

---

467) **Oebecke** (Endenich): Ueber Schädeleinreibungen bei allgemeiner fortschreitender Paralysis.
(Allg. Zeitschr. f. Psych. u. psych.-ger. Med. Bd. XXXVIII p. 294 ff.)

Verf. spricht dem Versuche von Schädeleinreibungen bei Paralyse von Neuem das Wort. Er selbst hat dieselben im Anschlusse an paralytische Anfälle bereits vor Jahren vorgenommen und sich dazu einer Salbe aus Hydrarg. bichlor. corros.
Cantharid.
Liq. stib. chlor. ana 1.
Ung. basilic. 4
bedient, die in thalergrösse auf die glattrasirte Stelle der Kopfhaut innerhalb eines Tages alle 5—6 Stunden eingerieben wurde; darauf Behandlung mit Cataplasmen und später Verband mit ung. basil. Gewählt wurde wegen seiner Nähe zu den motorischen Centren des Gehirns das Scheitelbein auf der der meist ergriffenen Körperhälfte entgegengesetzten Kopfseite. Resultat: 2 von den 5 Paralytikern starben kurz nach der Einreibung, bei den anderen drei betrug die Lebensdauer seit der Einreibung noch 8, 22 Monate und 5³/₄ Jahre. Eine geistige Besserung trat in keinem Falle ein, wohl aber eine Besserung auf motorischem Gebiete. Bei einem 6. Kranken, einem dementen Apoplectiker, ist eine deutliche Besserung des geistigen Zustandes angegeben. Derselbe lebte nach dem ersten Insulte noch ca. 11 Jahre und zwar 4 Jahre vor der Einreibung, 6³/₄ Jahre nach derselben. Schäfer (Pankow).

468) **D. Brunet** (Evreux): Die Vermehrung des Fibrins im Blute der Paralytiker.

(Annal. méd. psych. 1881 Janvier.)

Verf. hat über diesen Gegenstand Versuche bei verschiedenen Formen von Geisteskrankheiten gemacht und speciell an 30 Kranken, welche an allgemeiner Paralyse litten. Das Gewicht des Fibrins, welches im gesunden Organismus zwischen 2,20 u. 2,30:1000 sich bewegt, schwankte bei diesen Kranken, welchen aus therapeutischen Gründen zeitweise Blutentziehungen gemacht wurden, zwischen 1,30 u. 5,90:1000 und stand in genauem Verhältniss zu dem Grade und der Heftigkeit der entzündlichen Vorgänge, so zwar, dass die niedersten Gewichtswerthe bei Kranken mit langsamem Verlauf ihres Leidens und im Stadium der Demenz gewonnen wurden, während die höchsten Gewichte bei solchen Kranken beobachtet wurden, bei welchen die entzündlichen Erscheinungen einen besonders hohen Grad erreicht hatten. Von letzteren Fällen wird eine Reihe von 5 Beobachtungen mitgetheilt. Engelhorn (Maulbronn).

---

469) **E. Règio** (Sainte Anne): Ueber Zwangsfütterung.

(Ann. méd. psych. 1881. Janvier.)

Bei Besprechung der Pathologie der Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken macht Verf. darauf aufmerksam, dass dieselbe neben den bekannten psychischen Ursachen sehr häufig durch eine Erkrankung des Verdauungsapparates bedingt sei, und dass eine solche Störung auch in den übrigen Fällen selten ganz fehle. Verf. hat daher vor der künstlichen Einflösung von Nahrungsmitteln stets eine Ausspülung des Magens mit Vichyer Wasser oder einer Lösung von Natr. bicarb. vorgenommen und davon sehr gute Erfolge gesehen.

Was die Wahl der Nahrungsmittel betrifft, so empfiehlt R. die Peptone als besonders wirksam, ohne des Näheren auf diese Frage einzugehen und namentlich ohne die nachtheiligen Folgen einer zu lange fortgesetzten einförmigen Ernährung hervorzuheben.

Den operativen Eingriff der künstlichen Ernährung selbst betreffend legt Verf. auf die im Ganzen gewiss doch sehr seltene Gefahr, dass die Schlundsonde in die Trachea eingeführt wird, ohne dass durch stürmische Erstickungserscheinungen der Irrthum sofort klar würde, einen besonderen Nachdruck und empfiehlt daher zur Vermeidung dieser Gefahr eine Sonde, an deren unterem Drittel mittelst besonderer Vorrichtung eine Cautchoukblase mit Luft gefüllt und so der vollständige Verschluss der etwa getroffenen Luftwege herbeigeführt werden kann, so dass die alsbald eintretende Asphyxie den begangenen Fehler erkennen lasse. *)

Engelhorn (Maulbronn).

*) Dittmar empfiehlt in neuster Zeit (Allg. Z. f. Psych. etc. XXXVIII. 2. 3. pag. 340) wieder zur Controlle der Sondenführung das bekannte Mittel der Lufteinblasung. Das auf den Magen aufgelegte Ohr hört das Ausströmen der eingeblasenen Luft aus dem unteren Theile der Sonde. — Ich verwende die Lufteinblasung in anderer Weise. Ist nämlich die Sonde in die Trachea gerathen, so ruft die Lufteinblasung, die immer kräftig zu machen ist, einen erheblichen Hustenanfall event. bei einiger Fortdauer Dyspnoe hervor. Folgt nun nach der Einblasung der Luft keine Reaction, so nehme ich an, dass die Sonde im Magen ist. Erlenmeyer.

---

470) **Baillarger** (Paris): Gesichtshallucinationen bei einem Blinden.
(Annal. méd. psych. 1881. Janvier.)

Bei einem Mann von 83 Jahren wurde vor mehreren Jahren eine Staaroperation vorgenommen, jedoch ohne Erfolg; nach 5 Monaten wurde die Operation wiederholt und misslang von Neuem. Von da an litt er an heftigen Neuralgieen und Schlaflosigkeit. Gleichzeitig traten Anfälle von lebhaften Gesichtshallucinationen auf, welche 2 Tage lang zu dauern pflegten. Der Kranke sah sich dabei von Gespenstern umgeben, welche mit Dolchen bewaffnet auf ihn einstürmen und hatte dabei keinerlei Empfindung. Manchmal sieht er sein Bett voll von Menschen und weigert sich dann sich zu legen oder er sieht Abgründe vor seinen Füssen sich aufthun. Er war sich der Krankhaftigkeit dieser Erscheinungen stets vollkommen bewusst und hat diese Anfälle nach 2 Jahren ihres Bestehens vollkommen verloren. Engelhorn (Maulbronn).

---

471) **Huggard**: The Means of Determining Causation in Insanity.
(Journ. of. ment. sc. July 1881 p. 156—165.)

Vf. bezweifelt stark den praktischen Werth der jetzt gebräuchlichen statistischen Angaben über die Ursachen der Geistesstörung. Doppelt sind die Fehlerquellen, sie können sowohl aus den ersten Erhebungen stammen, als aus der wissenschaftlichen Verwerthung derselben. Die Angehörigen, von denen die ersten Mittheilungen stammen, machen häufig unrichtige Angaben, sei es aus Unkenntniss, Fahrlässigkeit oder direct mit Absicht. Der Hauptfehler der wissenschaftlichen Verwerthung liegt darin, dass man den ganzen Nachdruck nur auf die Ursachen legt und nicht wie in anderen Wissenschaften auf den Effect. Man erfährt beispielsweise wohl, wieviel Percent von den jährlich aufgenommenen Geisteskranken wegen Trunksucht geistesgestört wurden, aber nicht wieviel Percent von Trinkern geisteskrank werden, was eigentlich wichtiger zu erfahren wäre.

Der Verf. führt an diesem Beispiele alle die Gesichtspunkt vor, die sich aus einer ähnlichen Betrachtungsweise ergeben und erläutert sie durch aproximativ angenommenen Ziffern. Er verkennt nicht die Schwierigkeiten, mit denen derartige Erhebungen zu kämpfen hatten, hält sie aber doch nicht für unüberwindlich. Um richtige Grundangaben von Seiten der Angehörigen zu erhalten, schlägt er Fragebogen vor, auf denen alle Ursachen verzeichnet sind, so dass nur die eine oder andere angemerkt zu werden braucht mit Beifügung der Zeit, wie lange sie gewirkt hat um dadurch die Verwechslung von Ursache und Wirkung einer Geistesstörung z. B. Trinken im Beginne von Aufregungszuständen (Wirkung, nicht Ursache) zu vermeiden. Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

472) **Reclam** (Leipzig): Der Selbstmord und dessen Vorbeugung.
(Gesundheit. 1881. Nro. 13. u. 14.)

Verf. kommt in dem höchst lesenswerthen Aufsatze, der gewissermaassen ein Resumé seiner umfassenden Erfahrung auf dem einschlägigen Gebiete darstellt zu dem Schlusssatz, *dass alle Selbstmorde in einem Zustande geistiger Störung begangen werden.* Alles

spricht, so sagt er, für einen Zustand von Geistesstörung vor dem Tode wie die unbedeutende Ursache (welche zum Selbstmord treibt), — das Fehlen des Gedächtisses für die Zeit vor der That (bei Geretteten), — die Wahl des falschen Mittels zur Erreichung eines Zweckes, — die muthmasslich vorhandene Praecordialangst, — die widersinnige Wahl des Ortes und der Todesart.

Die hier vorgetragene und mit reichen und guten Gründen gestützte Ansicht ist zwar keineswegs ganz neu, aber es ist zu bezweifeln, ob sie selbst in der vorliegenden Form und von dem bekannten Verfasser ausgesprochen mehr allgemeine Anerkennung finden wird, als bisher; das aber scheint mir sicher, dass sie für die — Lebensversicherungen und ihren Zahlungsmodus bei versicherten Selbstmördern von unbequemem Einfluss sein wird.

Eine Vorbeugung der zunehmenden Häufigkeit der Selbstmorde könne nur durch Abänderung der heutigen Erziehung und Bildung erzielt werden. Unsere Erziehung in der Schule sei nur eine „geistige Stallfütterung“, die im Hause in der Regel in Folge der ungenügenden Vorbildung der meisten Mütter und in Folge der Geschäftsüberbürdung der meisten Väter *gar keine.* „Von *Character*bildung ist weder in der Schule noch im Hause die Rede“. (Schopenhauer sagt, der Character ist angeboren, constant und unveränderbar. Ref.) Verf. verlangt, dass die Schule von Grund aus geändert werde; er betont mit Recht, dass in ihr nicht nur das Hirn, sondern der ganze Mensch ausgebildet werden solle und tadelt scharf die mangelhafte *körperliche* Erziehung, welche die Schule ihren Besuchern zu Theil werden lässt. Erlenmeyer.

---

473) **Morselli** (Turin): Der Selbstmord.

(Deutsche Ausgabe. Internationale wissenschaftl. Bibliothek. Leipzig bei Brockhaus. 1881. 338 pag. mit col. Karte.)

Auch in dem Werke von Morselli treten uns interessante Studien, aus einem überaus reichen statistischen Material gewonnen, entgegen, Studien, die zwar in ihrem Schlussergebniss sich bei deutschen Lesern kaum eines Beifalls erfreuen werden, die aber auf alle Fälle lesenswerth sind. Im Gegensatze zu Reclam, dessen Anschauungen Referent für die übergrosse Mehrzahl der Fälle als richtig anerkennt, kommt Morselli zu dem Resumé, dass der Selbstmord nichts Pathologisches sei, sondern eine social-physiologische Nothwendigkeit im Leben der Völker vorstelle, eine Nothwendigkeit, die gleichwerthig sei der Geburt, den natürlichen Todesfällen, den Verbrechen und den Geisteskrankheiten. „Der Selbstmord ist ein Ergebniss des Kampfes ums Dasein und der Auslese, die sich im Menschengeschlecht Kraft des Gesetzes der Culturentwicklung vollziehen“. (pag. 315.)

Und welche Mittel zur Verhütung oder Verminderung der Selbstmorde giebt Morselli an? Er macht sich die Sache sehr leicht. Da es Menschen sind, die den Selbstmord verüben — so etwa lautet sein Calcul — so ist das einfachste Mittel zur Verminderung der Selbstmorde die Verminderung der Menschenzahl; er fällt dem Malthusianismus in die Arme und predigt das Zweikin-

dersystem. (pag. 331 u. 332.) Sehr richtig; wenn man keine Brunnen gräbt, können auch keine Kinder hineinstürzen. Warum er nicht auf den radicaleren Vorschlag geräth von einem bestimmten Tage ab alle neugeborenen Knaben zu castriren und dito Mägdelein zu ovariotomiren ist eigentlich nicht recht erfindlich, er würde dann doch gewiss nach 2 Generationen den Selbstmord abgeschafft haben.

Wie irrthümlich und unzutreffend übrigens sein Vorschlag ist lehrt ein anderes Capitel seines Buches (pag. 25 ff.), welches über die Zunahme der Selbstmorde in Frankreich spricht, dem Lande des zwei Kindersystems; lehrt ferner die Karte, welche in verschiedenem Farbendruck die Häufigkeit der Selbstmorde in Europa zur Anschauung bringt. „Gegen die französischen Zahlen lassen sich Bedenken nicht erheben" sagt Morselli, und diese von ihm vorgeführten (im Original nachzulesenden) Zahlen ergeben: „dass die Zunahme der Selbstmorde in Frankreich um so mehr in die Augen springt, als bekanntlich die Vermehrungsziffer für die französische Bevölkerung eine sehr schwache ist". An einer anderen Stelle sagt er: „Neben der ungünstigen Bevölkerungsentwicklung und trotz derselben (sic!) hat sich die Neigung zum Selbstmord seit Anfang dieses Jahrhunderts noch in ausserordentlicher Weise ausgebreitet, sodass Legoyt für die Periode 1826—1866 eine Verdreifachung nachweisen konnte, während die Bevölkerung nur um ein Fünftheil zunahm" u. s. w. Aus der Karte geht mit Evidenz hervor, dass in Frankreich die grössten Bezirke gelegen sind, welche die häufigsten Selbstmorde aufweisen.

Erlenmeyer.

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt, (Preusse), 600 Mark freie Station. 2) Grafenberg (Düsseldorf), Volontairarzt sofort; 600 M., fr. Stat. 3) Dalldorf (Berlin), 2 Volontairärzte, baldigst, 600 M. fr. Stat. Meldungen an das Curatorium der Irrenanstalt der Stadt Berlin. 4) Düren, Volontairarzt, 600 Mark, freie Station. 5) Asyl Schweizerhof (Stat. Zehlendorf), II. Arzt; freie Station und Gehalt nach Uebereinkunft. Bewerbung schriftlich beim Director Dr. Laehr. 6) Leipzig (Irrenklinik), 2. Assistenzarzt; 1. Januar 1882. 1500 M., fr. Stat. Meldungen an Professor Dr. Flechsig. 7) Hildesheim, Prov.-Irr.-Anst., provis. Hilfsarzt, 900. M., fr. Stat. 8) Leubus (Prov. Irren-Anstalt), Volontairarzt, 450 M. bei fr. Stat. Eine weitere Renumeration von 600 M. in Aussicht. 9) Owinsk, a) 1 Assistenzarzt, b) 2 Volontairärzte, 10) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig)-Creutzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Fraustadt (Posen), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Johannisburg (Gumbinnen), Krossen (Frankfurt a. O.), Königsberg i. Fr. (Coburg), Labiau (Königsberg), Meldorf (Schleswig), Minden (Minden), Münsterberg (Breslau), Nauen (Posen), Osterode (Königsberg), Schönau (Liegnitz), Stuhm (Marienwerder), Tuchel (Marienwerder), Worbis (Erfurt), Wohlau (Königsberg), Zeitz (Merbseburg).

Besetzte Stellen. Nassau (Wasserheilanstalt) Assistenzarzt: Herr Dr. Pönsgen aus Strassburg i. E.

Ehrenbezeugungen. Dr. Heuser, Director der Nass. Irrenanstalt zu Eichberg zum Sanitätsrath ernannt.

Versetzt. Kreis-Phys. Dr. Kornfeld in Wohlau nach Neumünster.

Coblenz, Druck von Ph. Werle (Entenpfuhl 12).

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. 15. November 1881. Nro. 22.

INHALT.

I. Referate.

474) **C. Bonfigli:** Sui focolai distrutivi stazionari nel nucleo lenticolare.

(Estratto d. Giornl. Internatl. de Sc. Medich. A. III. 1881, 8 S.)

Im Mai 1873 erkrankte ein 51jähriger Kutscher mit Verfolgungsideen und Gehörstäuschungen (ein Bruder war geisteskrank), im September 1873 kam er in die Irrenanstalt und im November 1877 starb er, ohne dass er sich bis dahin wesentlich verändert hatte, unter folgenden Umständen. Er fühlte, ohne gleich das Bewusstsein zu verlieren, eine Ohnmachtsanwandlung und neigte sich nach rechts zu fallen. Gleich zu Bette gebracht zeigte er ein blasses Gesicht, das rechte Auge geschlossen, das linke halb offen, der linke Mundwinkel herabgezogen. Er verfiel in Coma, erbrach etwas, der

Puls wurde unregelmässig, die Respiration stertorös, und $6^1/_2$ Stunden nach Beginn des Anfalles war er todt.

Es wird mehrfach hervorgehoben, dass keinerlei Störungen der Motilität oder Sensibilität während seines Anstaltsaufenthaltes bei ihm zu beobachten waren, und dass die genauesten Erhebungen über die Anamnese keinerlei ähnliche Störungen aus der früheren Zeit auffinden liessen.

Bei der Section fanden sich alle Ventrikel durch einen frischen Bluterguss erfüllt, der aus einem haemorrhagischen Herde im linken Kleinhirnlappen stammte. Dadurch war also der lethale apoplektische Insult erklärt. Ausserdem waren aber noch beide Linsenkerne fast völlig durch je einen alten apoplektischen Herd eingenommen (in eine Cyste umgewandelt) dessen Wandungen von den erweichten Resten des Linsenkernes gebildet wurden. Fast auf diesen allein blieb aber beiderseits die Läsion beschränkt, nur rechts war auch ein kleiner Theil der äusseren Kapsel erweicht. Keinerlei Symptom während des Lebens entsprach diesem Befunde.

Während Nothnagel zu dem Schlusse kommt, dass bei Apoplexien in den Linsenkern die Hemiplegie nur dann dauernd bleibt, wenn die innere Kapsel mit betroffen wurde, sonst aber sich wieder zurückbilden kann; nimmt Bonfigli auf Grund des citirten Falles und unterstützt durch einige, denen Nothnagel geringe Bedeutung beimisst, an: Ein völlig isolirter Herd im Linsenkerne macht keinerlei motorische Störungen, dass sie oft dabei angetroffen werden, kommt nur von der secundären Affection der inneren Kapsel, darum pflegen sie auch vorüberzugehen, sobald die Secundärerscheinungen aufhören, während sie nach wirklicher Verletzung der innern Kapsel andauern. Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

475) **Gley Eug.** (Nancy): Etude expérimentale sur l'état du pouls carotidien pendant le travail intellectuel. (Experimentaluntersuchungen über den Carotispuls während geistiger Arbeit.)

(Thèse de Nancy 1881 und Arch. de Phys. norm. et Path. 1881. 5. H.)

Verf. hat den Puls der Carotis und den der Radialis zur Zeit geistiger Ruhe und andrerseits während geistiger Anstrengung (Kopfrechnen, Beschäftigung mit philosophischen Problemen u. dgl.) untersucht; er bediente sich dabei eines gewöhnlichen Cardiographen und kommt zu nachfolgenden Resultaten.

Während der geistigen Thätigkeit findet eine geringe Vermehrung der Herzschläge (0—6 in der Minute statt, und zwar steht diese Beschleunigung in geradem Verhältnisse zu der Intensität der Aufmerksamkeit; in gleichem Verhältnisse macht sich an der Carotis eine Dilatation sowie eine Zunahme des Dikrotismus bemerkbar, während für die A. radialis gerade das Entgegengesetzte gilt. Diese Modificationen des Pulses können nach dem Aufhören der angestrengten geistigen Thätigkeit noch fortbestehen.

Controllversuche ergaben, dass die angeführten Veränderungen des Pulses (doch wohl mit Ausnahme der Vermehrung der Pulsschläge?) nicht von einer Veränderung in der Herzthätigkeit, oder der Res-

piration abhängig seien; Gley ist vielmehr geneigt, sie auf eine reflectorische Beeinflussung der vasomotorischen Nerven (seien es Constrictoren oder Dilatatoren) zurückzuführen.

Obersteiner (Wien).

---

476) **Mann, E. C.** (New-York): A case of paralysis agitans cured by central galvanisation, sodium bromide and hyoscyamus. (Fall von Paralysis agitans, geheilt durch centrale Galvanisation, Bromnatrium und Hyoscyamus.)

(Journal of Nervous and mental Diseases. New-York. Jan. 1881.)

Eine 50jährige Dame, die in Folge von psychischen Alterationen geisteskrank geworden war, litt ausserdem an Zittern des ganzen Körpers, welches von der einen oberen Extremität ausgehend sich allmählig über fast sämmtliche willkürliche Muskeln verbreitete; auch die Zunge wurde zitternd vorgestreckt, durch Gemüthserregungen wurde der Tremor verschlimmert. Der Verf. behandelt die Kranke mit Hyoscyamus und Natr. bromat., und wandte ausserdem die Galvanisation durch den Kopf (bitemporal) an. Nach 2 Monaten war die geistige Störung geschwunden; bei der Patientin wurde von nun an nur noch die „allgemeine Faradisation" angewendet, die so günstig wirkte, dass die Kranke nach Verlauf eines weiteren Monates geheilt entlassen werden konnte und auch anscheinend geheilt geblieben ist; wie lange? ist freilich nicht anzugeben.

Nach der sehr dürftigen Krankengeschichte zu urtheilen, dürfte der vorliegende Fall wohl eher als ein Beispiel von Hysterie mit psychischer Störung aufzufassen sein, wodurch denn auch der therapeutische Erfolg etwas weniger wunderbar erscheinen würde, als der Verf. zu glauben scheint. Pierson (Dresden).

---

477) **Putnam, J. J.** (Boston): A case of rapid and widespread muscular wasting without disease of the spinal cord. (Fall von rapider und ausgebreiteter Muskelatrophie ohne Rückenmarkserkrankung.)

(Journal of nervous and mental Diseases. New-York. April 1881.)

Die am 22. Mai 1879 aufgenommene Kranke, eine verheirathete Frau von 50 Jahren war 3 Wochen vorher mit Fieber und heftigen, von den Zehen sich über den ganzen Körper verbreitenden Schmerzen erkrankt. Sehr rasch wurden die Beine schwach und nach 14 Tagen waren auch die Hände so kraftlos, dass sie nichts mehr damit halten konnte. Die Schmerzen bestanden während der ganzen Zeit fort. Von Nahrung wurde nur Milch beibehalten. Bei der Untersuchung wurden keine Schmerzen in den Gelenken, dagegen eine nicht genau localisirte Druckempfindlichkeit an verschiedenen Körperstellen constatirt. Die Beweglichkeit in Hand-, Fuss- und Phalangealgelenken bedeutend vermindert. Cutane Sensibilität an den Füssen und Knöcheln herabgesetzt, Kitzelreflex erloschen. Kein Fieber, Puls 110. Verordnung: Natr. salicyl. 0,6 stündlich. In den nächsten Tagen dauerten die Schmerzen fort, Nachts traten Delirien ein. Die Urinuntersuchung ergab Spuren von Eiweiss, starkes Sediment, bestehend aus Harnsäure und zahlreichen hya-

linen und granulirten Cylindern. Am 2. Juni sind die Bewegungen in den grossen Gelenken der Extremitäten zwar möglich, werden aber langsam und schwach ausgeführt. Starke Verminderung der Hautsensibilität an allen 4 Extremitäten, besonders an den Vorderarmen und Unterschenkeln, an letzteren besonders nach den Füssen zu, wird weder Berührung noch ein starker electrischer Strom gefühlt. Die genau vorgenommene *electrische Untersuchung* ergab a n den Nerv. ulnares und radiales beider Arme Herabsetzung der faradischen, Erlöschen der galvanischen Erregbarkeit. Der N. medianus ist faradisch nicht erregbar, galvanisch nur in sehr geringem Grade. In den Muskeln des Ulnaris- und Radalisgebietes ist die faradische Erregbarkeit sehr herabgesetzt, aber nicht erloschen, wohl aber ist im Medianusgebiet dieselbe vollständig aufgehoben. Die directe galvanische Erregbarkeit der Muskeln ist bedeutend herabgesetzt; die Contractionen sind aber von normalem Ablauf, nicht träge und langgezogen. Es besteht also im Wesentlichen die *Mittelform der Entartungsreaction.* Dieselben Verhältnisse finden sich an den Oberschenkeln; im Peronäusgebiet sind ausserdem die Contractionen langsamer als gewöhnlich. Am Hals und Rücken sind normale electrische Reactionen vorhanden. Es besteht ausgebreitete *Muskelatrophie* an den Extremitäten, besonders an den Mm. interosseis. Sämmtliche Reflexe sind erloschen, auch der Abdominal- und Conjunctivalreflex, Augenhintergrund normal. Bei passiven Bewegungen der Extremitäten werden Schmerzäusserungen gegeben. Patientin ist comatös; nach einigen Tagen (7. Juni) erfolgt der Tod in tiefem Coma, nachdem die Temperatur kurz vorher bis auf 41,6 gestiegen war.

Aus dem *Sectionsbefunde* ist hervorzuheben: Zahlreiche kleine Erweichungsherde in den Hemisphären des Gehirns, sowie im rechten Thalamus opticus und linken Corpus striatum. Innere Kapsel nur im hinteren Theile ganz wenig afficirt. Das Rückenmark wurde im frischen Zustande überall normal befunden. Nach der Härtung fanden sich sehr gut ausgebildete Ganglienzellen in den Vorderhörnern; dieselben waren etwas stärker pigmentirt als gewöhnlich, zeigten aber keine anderweitige Abweichung von der Norm. Auch sonst war im Rückenmark nichts Abnormes zu finden, ausser dass die Gefässe etwas verdickt erschienen und in einem Theile des Cervicalabschnittes eine geringe Vermehrung des Bindegewebes der Seitenstränge sich fand, welche durch stärkere Carminfärbung markirt war. Leider sind die peripheren Nerven nicht untersucht worden, dennoch glaubt der Verfasser den Fall als *multiple Neuritis* auffassen zu dürfen; er beruft sich auf die Analogie seines Falles mit den Beobachtungen von L e y d e n (über Poliomyelitis und Neuritis, Zeitschr. f. klin. Med., I, 3) und G r o s (Contribution à l'histoire des névrites, Paris 1879).

P i e r s o n (Dresden).

---

478) **Edlefsen** (Kiel): Zur Behandlung der Epilepsie.

(Mitth. d. Vereins schleswig-holst. Aerzte. 1881 April.)

E. hat die von K u n z e früher empfohlene Behandlung der Epilepsie mit Curare versucht und hat folgende Erfolge zu verzeichnen.

In 2 Fällen von Hystero-Epilepsie kein Effect. Unter 13 Fällen alter und schwerer Epilepsie trat bei 6 keine, oder nur ganz vorübergehende Wirkung ein. Drei wurden vollständig (? bei der kurzen Beobachtungszeit. Ref.) geheilt. Bei weiteren drei erhebliche Besserung. Der 13. ist noch in Behandlung; dieselbe lässt nach den bisherigen Erfolgen ein weiteres günstiges Resultat erwarten.

Ordination: Curare 0,5, Aq. dest. 5,0, Acid. muriat. gtt. 1; Digere per 24 horas, dein filtra. Von dieser Lösung alle 5 Tage $^1/_3$—$^4/_{10}$ einer Pravaz'schen Spritze voll zu injiciren. Mann kann steigen bis zu einer vollen Spritze. Wenn nach 4—5 Injectionen keine Wirkung ersichtlich ist, räth Verf. von der Behandlung abzustehen.

Erlenmeyer.

---

479) **James Ross** (Manchester): A Treatese on the Diseases of the Nervous System.

(Two Volumes. p.p. 594 and 998, with neraly 300 engravings. London, Churchill. 1881.)

(Schluss.)

Die spezielle Pathologie des Nervensystems bildet den weiteren Inhalt des Werkes, und zwar werden zuerst die Krankheiten der peripherischen Nerven abgehandelt. Nach einer anatomischen Einleitung die reichlich illustrirt ist, bespricht Verf. die Hyperämie und Entzündung der Nerven, deren Atrophie, Hypertrophie und Neurom. Es folgen die Krankheiten der Sinnesnerven, also des olfactorius, opticus, acusticus und gustatorius. Die nervösen Sehstörungen sind natürlich am ausführlichsten behandelt; der Acusticus etwas gar zu stiefmütterlich, besonders da die Menière'sche Krankheit, welche für sich im zweiten Bande discutirt wird, auch nur 2 oder 3 Seiten erhält. Dagegen ist das Kapitel über die Krankheiten der motorischen Kopfnerven — also der Augennerven, des facialis und hypoglossus — recht vollständig, und enthält auch einen Auszug der Hutchinson'schen Untersuchungen über Ophthalmoplegia externa und interna. Doch sind die Anweisungen zur galvanischen Behandlung unklar, und die Behauptung, dass der constante dem faradischen Strom überlegen sei, noch nicht bewiesen, da in manchen Fällen von Augenmuskellähmungen die Faradisation entschieden besser wirkt als die Galvanisation; den faradischen Pinsel an der Conjunctiva dürften nur wenige Patienten vertragen, und der Rath nur schwache Ströme anzuwenden, kein guter, da grade schwellende faradische Ströme oft mehr leisten als schwache. In dem Kapitel über gemischte Kopfnerven wird die Neuralgie und Anästhesie des Trigeminus, Glaucoma, die neuropathologische Ophthalmie, Trismus und Lähmung der Kaumuskeln; dann die verschiedenen Affectionen des Vagus und Accessorius besprochen. Der letztere als ein rein motorischer Nerv, hätte eigentlich mit dem Facialis zusammen abgehandelt werden sollen. Weiterhin folgen die Krankheiten der Spinalnerven und des Sympathicus. Kopfweh wird als functionelle Affection des Halstheiles des Sympathicus beschrieben, besonders aus dem Grunde weil eine der Hauptformen des

Kopfwehs, die Migräne, von entschieden vasomotorischen Erscheinungen begleitet ist. Verf. unterscheidet hier das anämische, hyperämische, hysterische, toxische, fieberhafte, neurasthenische, rheumatische, gichtische, sympathische, syphilitische und organische Kopfweh, und gibt kurze und bündige Charakterzüge der verschiedenen Formen. Die Migräne (in England sehr häufig, und als Megrine oder Sick headache bekannt) wird ausführlich behandelt, und schliesst sich Verf. der Jackson'schen Theorie an, dass dieselbe als eine Entladung der sensitiven Area der Gehirnrinde anzusehen sei, wie die Epilepsie als Entladung der motorischen Area gälte; dass aber in dem Anfall von Migräne das sensitive Territorium nicht allein leidet, sondern auch das verlängerte Mark und die regio cilio-spinalis des Rückenmarks in Mitleidenschaft gezogen wird, wodurch Reizung und Lähmung der betreffenden Centren entsteht, und die vasomotorischen und oculo-pupillären Phänomene des Anfalls sich erklären lassen. In den Bermerkungen über die Basedow'sche Krankheit, die progressive Gesichts-Hemiatrophie, Angina pectoris, und die Neurosen der unteren Theile des Sympathicus finden wir nichts Neues.

Verf. geht nun zur Besprechung der Krankheiten des Rückenmarks und der Medulla oblongata über, und beginnt mit einer klaren und reichlich illustrirten anatomischen Einleitung, welche vorzüglich zu nennen ist, da nichts von Belang ausgelassen, und die wichtigsten Partieen mit grosser Ausführlichkeit und Präcision behandelt sind. Dasselbe gilt auch von der pathologischen Anatomie. Seine Classification ist die folgende: *1. Systemkrankheiten.* Diese zerfallen in (a) Poliomyelopathieen, welche die acute vordere Poliomyelitis in Kindern und Erwachsenen, die chronische vordere Poliomyelitis, progressive Muskelatrophie, Labio-Glosso-Laryngealparalyse und die pseudohypertrophische Lähmung umfassen; (b) Leucomyelopathieen, welche Hinterstrangsclerose, primäre und secundäre Sclerose der Goll'schen Stränge, Sclerose des directen Kleinhirnfaserzuges und Seitenstrang-Sclerose einschliessen, in der letztern die primäre Tabes dorsalis spasmodica, die amyotrophische Lateral-Sclerose, combinirte Hinter- und Seitenstrangsclerose, und secundäre absteigende Sclerose in sich begreifend. *2. Gemischte Krankheiten*, worunter sich (a) die aufsteigende Landry'sche Paralyse, (b) die acute Myelitis mit ihren Abarten: der acuten centralen, der hyperacuten centralen oder Hämatomyelitis, der acuten bulbären, der acuten transversen, der acuten hemilateralen, der Myelomeningitis und acuten disseminirten Myelitis, (c) die chronische Myelitis mit denselben Abarten wie die acute, und (d) die Myelomalacie befinden. *3. Gefässkrankheiten.* (a) Anämie, Thrombose, Embolie, (b) Hyperämie und Blutung. 4. *Functionelle und secundäre Krankheiten*: Spinalirritation, Neurasthenia spinalis, Reflex- und secundäre Paraplegieen, saltatorische Krämpfe, reflectorische Muskelkrämpfe, intermittirende spinale Paralyse, toxische Spinalparalyse, und hysterische Paraplegie. *5. Traumatische Krankheiten*, Geschwülste und Anomalien: als Wunden, langsame Compression, Hemiparaplegie, Erschütterung, Geschwülste und Anomalien. Daran schliessen sich die Krankheiten der *Rückenmarks-*

und verlängerten Marks-Häute, nämlich 1. Gefässkrankheiten (Hyperämie und Blutung); 2. Entzündung der Dura; 3. Der Pia; 4. Geschwülste und Abnormitäten der Häute. Dieser Abschnitt umfasst im Ganzen 407 Seiten, und ist von der Erb'schen Darstellung besonders durch grössere Kürze im Styl, und mehr Berücksichtigung der einschlägichen englischen Literatur unterschieden. Einzeln darin einzugehen verbietet uns der Raum.

Das folgende Kapitel behandelt die Gehirnkrankheiten auf 382 Seiten, wovon fast 100 auf die anatomische und physiologische Einleitung fallen. Diese ist wieder, wie in dem bereits angeführten entsprechenden Theile der Rückenmarkskrankheiten, eine ausgezeichnete zu nennen, und sieht man überall, dass der Verfasser nicht nur mit der Literatur, sondern auch der Praxis des Gegenstandes vollkommen vertraut ist. Weniger reich sind seine eigenen klinischen Erfahrungen. Die Classification ist die folgende: *1. Herdkrankheiten* (a) nach dem *Wesen* der Krankheit betrachtet: Verschluss der Gefässe, Blutung, Geschwulst (b) nach dem *Sitz* der Krankheit: Affection der Schenkelfasern und inneren Kapsel (Hemiplegie, Hemispasmus, Hemianästhesie); Gehirnrinde und Centrum ovale (α) Krankheiten der mittleren Gehirnarterie, A. fossae Sylvii: einseitige Convulsionen, Monospasmen, Monoplegieen und corticale Sprachaffectionen; (β) Krankheiten der hinteren und (γ) der vordern Gehirnarterie; — Krankheiten der Centralganglien, äusseren Kapsel, Vormauer und Gehirnbasis; und Krankheiten der unter dem Tentorium gelegenen Theile: Pons und Gehirnschenkel, Kleingehirnschenkel, und Kleingehirn. *2. Diffuse Gehirnkrankheiten*: Anämie und Hyperämie, Atrophie und Hypertrophie, Schock und Erschütterung, Encephalitis. Die letztere wird in allgemeine und partielle Gehirnentzündung eingetheilt, wobei die letztere die mit Caries des Felsenbeins und anderer Schädelknochen einhergehende Encephalitis, die acute pyämische Encephalitis, die secundäre Encephalitis, und Gehirnabscess umfasst. Die Krankheiten der Gehirnhäute werden dann unter den zwei Abtheilungen der Dura und Pia abgehandelt. Diese Classification ist eine recht gute und übersichtliche, besonders wenn man die enormen Schwierigkeiten bedenkt, welche sich einem solchen Unternehmen in einer Disciplin entgegenstellen welche grade jetzt in vollkommener Umwälzung begriffen ist.

Der fünfte und letzte Theil des Werkes behandelt Krankheiten des Cerebrospinalsystems, worunter der Verf. Paralysis agitans, multiple Sclerose, Chorea, die Menière'sche Krankheit, die epidemische Cerebrospinal-Meningitis, Tetanus, Hydrophobie, Hysterie, Katalepsie, Extase, Somnambulismus und Hypnotismus, Epilepsie, Eklampsie und schliesslich toxische, fieberhafte und postfebrile Krankheiten abhandelt. Dieser Theil umfasst 200 Seiten und ist durchweg fleissig gearbeitet. Auch hier ist die englische Literatur sehr reichlich benutzt; doch muss man nicht denken, dass Verf. desswegen die deutsche und französische vernachlässigt habe. Im Gegentheil ist seine Bekanntschaft mit diesen Branchen eine sehr ausgedehnte, was sich nicht immer von seinen Landsleuten sagen lässt. Das Buch steht durchweg ganz auf dem gegenwärtigen Standpunkt der

Wissenschaft, und empfiehlt sich besonders wegen der guten anatomisch-physiologischen Basis, welche ähnlich in keinem andern Werke zu finden ist, und der leichten und fliessenden Darstellung, welche die Lectüre sehr erleichtert.

Julius Althaus (London).

---

480) **Hughlings Jackson**: Neuritis optica bei intracranieller Erkrankung.

(Vortrag auf der Ophthalm. Society of Great Britain a. 10. März 1881.)
(Brit. Med. Journ. 26. III. 81 auch C. f. A. V. 177.)

Neuritis optica ist ein bedeutsames Symptom für viele Fälle intracraniellen Leidens. Verf. betrachtet dieselbe in Rücksicht auf 5 Punkte. 1. N. opt. vom ophthalmoskopischem Standpunkt aus. Dieselbe ist in ihren Graden zu verschiedenen Zeiten ausserordentlich verschieden, indess lässt sich nicht der oft gemachte Unterschied von Stauungspapille und descendirender N. festhalten, sondern existirt nur *eine* Art derselben als Folge von intracranieller Erkrankung. Besonders erwähnungswerth ist es, dass sie manchmal vorkommt, wo die Symptome auf ein Gehirnleiden hinweisen, wo aber keine besondere Störung bei der Section sich nachweisen lässt. Die Differential-Diagnose zwischen N. nach Morb. Brightii und solcher bei intracraniellen Tumoren allein nach dem ophthalmosk. Befunde zu stellen, hat aus der Aehnlichkeit der Erscheinung leider mitunter grosse Schwierigkeiten. Die werthvollsten localisirenden Symptome, die zur Diagnose eines Tumors führen, sind einseitig beginnende Convulsionen und Paralyse von Gehirnnerven, obgleich erstere auch bei Morb. Brightii vorkommen können. Man hat angenommen, dass die Veränderungen bei Bright'scher Krankheit direct Folge von den Veränderungen im Gehirn sind, wie sie bei Nierenaffection vorkommen.

Bei der *tuberc. Meningitis* tritt die N. opt. meist zu einer Zeit ein, wo die Diagnose aus anderen Symptomen sicher gestellt werden kann, indess ist gelegentlich die N. wichtig für die Differentialdiagnose von einer acuten intracraniellen Erkrankung. Die Schwellung ist gering, die Papille entspricht dem höchsten Stadium der N. opt. in Folge von Tumor cerebri. Ein ophthalmosk. Symptom für diese specielle Erkrankung, abgesehen von der Gegenwart von Choroidaltuberkeln, haben wir nicht, es sei denn der Grad und die lange Dauer der Veränderungen. Die Sehschärfe kann bei ausgeprägter Form von N. opt. gut sein, ohne dass der Spiegelbefund der Papille ein anderer wäre, als in den Fällen, wo jene herabgesetzt oder = 0 war. Die N. kann auch ohne Behandlung zurückgehen und es kann auch, selbst wenn Amaurose bestanden hat, noch ein gutes S. wieder erhalten werden. Oft ist es von Werth, zu entscheiden, ob früher N. vorhanden gewesen ist. Kommt ein Patient zum Arzt wegen eines nervösen Symptoms, z. B. localisirter Convulsionen, und führt Klagen über vor Monden bestandenen Kopfschmerz und Erbrechen, so kann die Entdeckung solcher ehemalig bestandener N. am Besten den Schluss ermöglichen, ob jene Symptome von grober organischer Hirnerkrankung abhängen oder nicht. In den meisten Fällen von Atrophie können wir mit dem Augenspiegel entscheiden, ob die Atro-

phie die Folge von Neuritis ist, indem dieselbe sich darstellt durch Verschleierung der lam. cribrosa, weisse Streifen entlang den Gefässen, nicht scharf begränzte Papille, unregelmässigen Verlauf der Venen.

2. Die klinischen Beobachtungen, die angestellt sind über die Neuritis, ergeben, dass dieselbe fast immer doppelseitig auftritt. Verf. hat nur 2 Fälle beobachtet von intracranieller Erkrankung mit nur *einseitiger* N., in beiden Fällen war ein Tumor in der entgegengesetzten Hirnhemisphäre vorhanden und Hemiplegie auf der Seite der N. Auch fällt der Beginn der N. für beide Augen nahezu in dieselbe Zeit, die Affection kann jedoch im Grade verschieden sein und oft besteht ein grosser Unterschied in der Sehschärfe beider Augen. Ueber den diagnostischen Werth des Vorkommens *einseitiger* N. kann noch nicht ein definitives Urtheil abgegeben werden. In mehr als der Hälfte der Fälle besteht bei N. keine Sehstörung, auch kann dieselbe periodisch in Erscheinung treten. In einzelnen Fällen kann die eine Zeitlang gute S. bei Neur. sehr schnell, in wenig Stunden, verloren gehen und der Verlust permanent bleiben.

3. Andere Symptome, die mit N. zusammentreffen, lassen sich in 2 Gruppen, localisirende, und nicht localisirende theilen. Ein guter Allgemeinzustand gilt für die Prognose vieler Fälle von N. wenig, selbst wenn S. gut ist. Meist geht die N. mit Kopfschmerz, oft mit Vomitus einher resp. folgt nach. Diese 3 Symptome weisen auf eine locale grobe organische Erkrankung in der Schädelhöhle hin, bieten aber keinen Anhalt für die Bestimmung des Ortes der Erkrankung. Der Kopfschmerz ist heftig, oft paroxysmenweise auftretend, das Erbrechen ist oft gallig, indess können auch beide Symptome bei bestehender N. fehlen. Aus einem oder allen 3 Symptomen, die entweder acut oder chronisch auftreten, können wir nicht sicher auf einen Tumor schliessen, aber in einem chronischen Fall dürfen wir ihn meist mit gutem Grunde vermuthen.

4) Betreffs des diagnostischen Werthes der N. optic. so findet sich dieselbe zwar oft bei Erkrankung des Gross- und Kleinhirns, tritt aber nicht in Folge blosser Zerstörung eines besonderen Hirntheiles auf. Meist kommt sie vor bei intracraniellen Tumoren oder einem anderen adventitiellen Krankheitsproduct, welches irgendwo im grossen oder kleinen Hirn, dem Pons Varoli oder an der Basis cranii liegen kann. Bei Tumor der Med. oblongat. ist N. noch nie beobachtet worden. Sie kann auch bei vielen Hirntumoren gänzlich fehlen, oder sehr spät erst auftreten. Sie kommt sehr selten in Fällen von ausgedehnter Zerstörung des Gehirns durch Erweichung oder Embolie vor. Der Umstand ferner, dass die N. ohne irgend welche Sehstörung bestehen kann, weist nebst den oben angeführten Thatsachen darauf hin, dass dieselbe nicht von der Zerstörung irgend eines Theiles des N.-Systems abhängt. Nur eine indirecte Beziehung ist vorhanden: der Tumor führt secundär die N. herbei. Ein grosser Unterschied besteht ferner zwischen der Entwicklung von N. in Folge der Gegenwart einer fremden Masse und zwischen der Erblindung in Folge eines destruirenden Processes, wie man ihn z. B. bei Hemianopsie sieht. Hier besteht zumeist keine Atrophie der Papille noch irgend eine andere Veränderung im Augenhintergrund,

die Läsion ist dann fast immer central, es besteht meist Hemiplegie auf der Seite der fehlenden Gesichtsfeldhälfte.

5. Schliesslich erwähnt Verf. die verschiedenen Hypothesen über die Art und Weise, wie die N. durch adventielle intracranielle Erkrankung veranlasst wird; weist die v. Gräfe'sche der vermehrten Drucksteigerung, die Schmidt'sche der Compression durch Exsudate in den Zwischenscheidenraum als unhaltbar zurück, und bekennt sich zu der der vasomotorischen Reflexaction auf dem Wege des Sympaticus. — Nieden (Bochum).

---

481) **Leber**: Ueber den Zusammenhang zwischen Neuritis optica und intracraniellen Erkrankungen.

(London. intern. med. Congr. Ophthalm. Section. 3. Sitzung 6. August 1881.) Originalbericht.

L.'s gehaltreiches Referat über diese Frage gipfelt in folgenden Sätzen: Die sogenannten Stauungsneuritis bei intracraniellen Erkrankungen ist ein entzündlicher Process, der von anderen Arten der Papilloretinitis weder in der Form der Hyperämie, noch in der Natur der Gewebsveränderungen wesentlich abweicht; von Stauungshyperämie und deren Folgen aber gänzlich verschieden ist.

Stauung in den Netzhautvenen durch Druck auf den Sin. cavernosus in Folge von Raumbeengung in der Schädelhöhle kann nicht die Ursache dieses Processes sein. Ebensowenig ist die Uebertragung eines Entzündungsreizes durch vasomotorische Nerven annehmbar. Die Vermittlung zwischen Gehirn und Auge geschieht durch den Sehnerven, wobei der Uebertritt von Flüssigkeit aus der unter höherem Drucke stehenden Schädelhöhle in den Scheidenraum des Opticus eine Rolle spielt. Der blosse Druck dieser Flüssigkeit auf die Eintrittsstelle der Sehnerven genügt zur Erklärung nicht, besonders weil ihre Menge zuweilen sehr gering ist; es scheint, dass man ihr entzündungserregende Eigenschaften zuschreiben muss.

Intracranielle Tumoren verhalten sich wie gewisse Fremdkörper, sie bewirken entzündliche Congestion und Hypersecretion von Flüssigkeit (Hydrocephalus internus); gleiche Ergüsse finden sich bei Meningitis, wenn diese Entzündung der Papille hervorruft. — Die Papilloretinitis bei Gehirnleiden entsteht demnach vermuthlich dadurch, dass ein seröses Exsudat, das Product intracranieller Entzündung, in den Zwischenscheidenraum des Opticus gelangt und hier entzündungserregend auf die Papille und deren Umgebung wirkt.

Bouchut (Paris) schloss hieran *einen Vortrag über die Beziehungen zwischen intraoculären Zuständen und Erkrankungen des Centralnervensystems.* Verf. glaubt, dass alle wichtigen Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen, sowie die schweren diathetischen Krankheiten bei der ophthalmoskopischen Untersuchung zu erkennen seien und gibt dieser Anwendung des Augenspiegels den Namen „Cerebroskopie". So weise Hyperämie und Schwellung des N. opt. auf Hyperämie des Gehirns, Meningitis, Hirndruck oder beginnende Rückenmarksleiden hin. Oedem der Papille und der umgebenden Netzhaut zeigt Oedem der Hirnhäute und Hemmung des Blutstromes in den Sinus- und Meningealvenen an bei tuberculöser Menin-

gitis, acutem und chronischem Hydrocephalus, Gehirnhämorrhagie, gewissen Hirntumoren mit Encephalitis etc. Völlige Anämie des N. und der retina beweisst der Stillstand des Herzens und Gehirnkreislaufes. Tubercel, Varicen, Thrombosen, Miliaraneurysmen sind Symptome gleichen Vorkommens in der Schädelhöhle. Bei fieberhaften Krankheiten und solchen des N.-Systems deuten Netzhauthämorrhagien auf Hirndruck durch reichlichen Erguss, auf hämorrhag. Diathese, Herzaffection etc. Endlich spricht Atrophie der Papille oder Sclerose des N. opt. bei Nervenkrankheiten stets für disseminirte Sclerose des Gehirns oder der Vorderstränge des Rückenmarkes.

Nieden (Bochum).

---

482) **Hunnius H.** (Glückstadt): Zur Symptomatologie der Brückenerkrankungen und über die conjugirte Deviation der Augen bei Hirnkrankheiten.

(Bonn 1881. 91. S.)

H. bespricht im Anschluss an einen im Cölner Bürgerhospital (Leichtenstern) beobachteten Fall die conjugirte Deviation.

Ein 41 jähr. Mann wurde am 18. Dec. 1879 aufgenommen, nachdem er am 16. durch einen Schlaganfall rechtseitig gelähmt worden war. Unfähigkeit zu sprechen, complete rechtseitige Hemiplegie, andauernde Drehung des Kopfes nach rechts. Die oberen Lider bedeckten beiderseits in gewöhnlicher Weise den oberen Theil der Cornea und waren frei beweglich. Die Pupillen waren verengt und reagirten nicht auf Licht, aber bei Accomodation. Es bestand links Lähmung des Rectus int. und ext. oculi, rechts des Rectus int. Totale Unfähigkeit, die genannten Muskeln bei monocularer Prüfung willkürlich zu bewegen. Erhebliche Störung der associirten synergischen Augenbewegungen und zwar erstens mangelhafte Innervation jenes Centrums, von welchem die synergische Contraction beider Rect. int. abhängt und zweitens totale Lähmung jenes Centrums, von welchem die synergische Contraction des linken Abducens und rechten Internus zum Zwecke der Linksdrehung der Blicklinie abhängt. Am 20. bestand conjugirte Abweichung beider Sehaxen nach rechts, bei weiterer Rechtswendung folgte nur der rechte Bulbus und trat wieder divergentes Schielen ein. Im übrigen war der Befund unverändert. Am 27. starb Pat. an Pneumonie. Bei der Section fand man in der linken Seite der Art. basilaris in der Mitte des Pons eine erbsengrosse halbkugeliche Auswölbung d. h. ein seitlich aufsitzendes Aneurysma, das mit einem trockenen Thrombus erfüllt war. Die linke Brückenhälfte war an dieser Stelle erweicht. Von der Erweichung war ergriffen der linke Pyramidenstrang, unstreitig verlief ein Theil der Abducensfasern durch den Herd. Intact war der Facialis-Abducenskern. Die Nerven Oculomotorius und Abducens erwiesen sich bei mikroskop. Prüfung als durchaus normal.

Das Symptom der conjugirten Deviation ist bei Läsion verschiedener Theile des Grosshirns, des Hirnstammes und des Kleinhirns im Experiment und am Krankenbett beobachtet worden.

1) Pedunculi cerebelli und Kleinhirn. Das Ergebniss der physiologischen Versuche fast H. so zusammen: die Durchschneidung oder Reizung verschiedener Theile des Kleinhirns und der Kleinhirnstiele bei Thieren hat Aenderungen in der Augenstellung zur Folge. Dieselben bestehen bald darin, dass das Auge der verletzten Seite nach unten, das andere Auge nach oben gekehrt ist (Hertwig-Magendie'sche Augenstellung), bald darin, dass die Bulbi nach der unverletzten Seite (Longet) oder nach der verletzten Seite (Hitzig, Ferrier) abweichen. Reizung der Vierhügel einer Seite hat conjugirte Abweichung beider Augen nach der anderen Seite zur Folge (Adamück, Ferrier). Aus den klinischen Erfahrungen ergiebt sich nach H.'s Casuistik: Krankheitsherde im Kleinhirn und seinen Stielen sind zuweilen durch Anomalien der Augenstellung und Bewegung ausgezeichnet. Letztere bestehen mitunter in Strabismus convergens, welcher wenn einseitig, möglicherweise auf Läsion des Abducens beruht. Auch conjugirte seitliche Deviation der Augen nach der gesunden Seite hat man bei Herden einer Kleinhirnhälfte beobachtet (Prévost, Ollivier). Die Hertwig-Magendie'sche Augenstellung wurde bei Läsion des Crus cerebelli beobachtet (Nonat), seitliche Deviation nach der gesunden Seite bei halbseitiger Läsion der Oblongata (Curschmann).

2. Grosshirnhemisphären. Prévost beobachtete bei Hunden nach Verletzung einer Hemisphäre conj. Dev. nach der verletzten Seite, Hitzig bei Läsion einer Stelle des Gyrus centralis ant. Bewegungen des contralateralen Auges, Ferrier bei Reizung der hinteren Partie der oberen und mittleren Stirnwindung conjug. Dev. beider Augen nach der unverletzten Seite.

Für den Menschen stellt Prévost den Satz auf: sitzt die Läsion in der Hemisphäre so weichen die Augen nach der Seite des Herdes ab (le malade regarde sa lésion), sitzt die Laesion im Hirnstamm, so können die Augen nach der Seite der Lähmung abweichen (les yeux regardent du côté paralysé). Prévost fand seine Regel in 50 Fällen von einseitiger Hemisphärenläsion bei dem verschiedensten Sitz des Herdes bestätigt. H. reiht aus der Literatur weitere 17 bestätigende Fälle an, ferner 2 Fälle Leichtenstern's (die man im Original nachlesen möge). Aus Leichtenstern's Beobachtungen ergiebt sich, dass die betr. Kranken, auch wenn keine deutliche conj. Dev. besteht, zwar leicht und vollständig nach der Seite des Grosshirnherdes zu blicken vermögen, aber unvermögend sind, die Blicklinie prompt und hinreichend d. h. bis ad maximum nach der anderen Seite zu richten und dass das Symptom der Parese der Seitwärtswender der Blicklinie bei Grosshirnhemiplegikern sehr häufig, viel häufiger als die immerhin seltene conj. Dev. anzutreffen ist. Die Ausnahmen von der Prévost'schen Regel sind nur scheinbar solche, wie H. an 17 Fällen der Literatur und 4 Fällen Leichtenstern's nachzuweisen sucht: wird die durch eine Grosshirnläsion gelähmte Körperseite von clonischen Krämpfen, sogenannter unilateraler oder hemiplegischer Epilepsie, heimgesucht, so richtet sich die dabei vorkommende conj. Dev. regelmässig nach der Seite der hemiplegischen Convulsionen (le ma-

lade regarde ses membres convulsés, s'il y a excitation, et regarde sa lésion, s'il y a paralysie). Für diejenigen Fälle, wo die Kranken mit Grosshirnläsion conj. Dev. nach der gelähmten Seite darboten, ohne dass Zeichen von Hirnreizung zugegen waren, nimmt H. an, dass in denselben die Grosshirnbahn für Facialis und Extremitätenmuskulatur gelähmt, gleichzeitig aber die Grosshirnbahn für die Seitwärtsbewegung der Bulbi gereizt war. H. kennt nur 5 Fälle dieser Art (1 von Nothnagel und 4 von Eichhorst).

3. *Hirnstamm.* Aus einer Casuistik von 12 Fällen (darunter ein nicht publicirter Leichtenstern's) zieht H. den Schluss, dass die bisher bei *Vierhügel*läsionen beobachteten Augenmuskellähmungen und Bulbus-Deviationen so wenig Gesetzmässiges erkennen lassen, dass das Verhalten der Augenstellungen und Bewegungen zur Diagnose von Vierhügelherden nichts beitragen kann.

Die Entwickelung unserer Kenntnisse über das Verhalten der Bulbi bei *Brücken*läsionen stellt H. chronologisch dar. Wir heben aus seinen Ausführungen hervor, dass nach ihm das Verdienst, ein intrapontines, im Abducenskern oder in der Nähe desselben gelegenes Centrum für die associirte Seitwärtsbewegung der Bulbi erschlossen zu haben, Foville (1858) gebührt, während Wernicke allerdings zuerst den Beweis erbracht hat, dass bei der conj. Dev. in Folge Zerstörung des in der Nähe des Facialis-Abducenskerns gelegenen Centrums für die Seitwärtsbewegung der Bulbi, die Lähmungsursache des für den Rectus int. bestimmten Oculomotoriusastes hinter d. h. centralwärts von dem eigentlichen Oculomotoriuskern gelegen ist. Aus der 18 Fälle umfassenden Casuistik ergiebt sich, dass Lähmung des in jeder Brückenhälfte gelegenen Centrums für die synergische Seitwärtsbewegung der Bulbi Deviation nach der nicht lädirten Ponshälfte zur Folge habe; dass ähnlich wie beim Grosshirn Reizung dieses Centrums Deviation nach Seite der Läsion bewirkt, ist wahrscheinlich, doch ist H. kein unzweideutiger Fall dieser Art bekannt. Einige der angeführten Beobachtungen beweisen mit Sicherheit, dass der Abducenskern oder seine unmittelbare Nachbarschaft Sitz des supponirten Centrums ist. In andern Fällen, wie dem von H. oben erzählten, lag der Brückenherd entfernt vom Facialis-Abducenskern, nach vorn von demselben. Man muss nach H. entweder annehmen, dass das Centrum nach vorn von dem Kern liegt, oder dass trotz der anatomischen Intactheit des Kerns dennoch die Function desselben par distance gestört war, oder, was am wahrscheinlichsten ist, dass der Herd zwar das Centrum verschonte, aber die Willkührbahn zerstört hat, welche von der contralateralen Grosshirnhälfte durch die Brücke zieht. An einem Schema erörtert H. eingehend die bezüglichen Verhältnisse. Weiterhin giebt H. eine Epikrise des oben kurz erzählten Falles. Wir müssen uns versagen, das Referat auch auf diesen Theil der bemerkenswerthen Arbeit auszudehnen. Im gleichen müssen wir bezüglich der anhangsweise mitgetheilten und besprochenen 5 Fälle von Brückenerkrankung aus dem Cölner Bürgerhospital den Leser auf das Original verweisen.

Möbius (Leipzig).

---

483) **Rumpf Th.:** Mittheilungen aus dem Gebiete der Neuropathologie und Elektrotherapie.

(Deutsche med. Wochschr. 32, 36, 37, 1881.)

I. Zur Wirkung des faradischen Pinsels bei einem Fall von Neuritis optica mit Myelitis transversa.

Rumpf ist durch die an Burq's Metalloskopie sich anschliessenden Untersuchungen über die ästhesiogenen Wirkungen verschiedener Stoffe, für deren Gesammtheit er den Namen „Aesthesiotropie" vorschlägt, sowie durch seine Versuche und Speculationen über Gefässreflexe dazu geführt worden, den faradischen Pinsel in ausgedehnterer Weise als früher zu benutzen und dessen „reflexerregende Wirkung" zu studiren. In diesem Bestreben ist er durch die klinischen Erfahrungen Vulpian's (vgl. Centralbl. 1880, Nro. 23) bestärkt worden. Er erzählt zunächst folgenden Fall:

Ein 37jähriges Mädchen war 1878 nach dem Tode ihrer Mutter an Verstimmung und Kopfdruck erkrankt. 6 Monate später traten intensive Röthung der Augen mit zunehmender Sehschwäche und Schwäche der Beine mit Rückenschmerzen, Gürtelgefühl und zeitweiliger Incontinenz des Urins auf. 1880 z. Z. der 1. Untersuchung bestanden Parese der Beine, mässige Anästhesie bis zum Nabel mit Parästhesien der Beine, lebhafte Patellarreflexe, leichter Dorsalklonus, Gürtelgefühl, Harnträufeln, Eingenommenheit des Kopfes und allgemeines Schwächegefühl. Die Sehschärfe war herabgesetzt (Jäger. Nro. 14). Neben Schwellung und leichter Trübung der Papille zeigte sich eine intensive Injection der kleinen radiären Gefässchen, und mit einer Verbreiterung der Arterien auch eine solche der Venen (Mooren).

Es lag also ein Fall von Myelitis transversa mit Neuritis optica vor. Ein ähnlicher Fall ist bekanntlich von Erb 1879 beschrieben worden. R. führt weiter an, dass Mooren in seinen ophthalmol. Mittheilungen ähnliche Fälle skizzirt habe und dass er selbst vor 2 Jahren einen Kranken gesehen habe, welcher nach einem Sturz von dorsaler Myelitis mit Kyphose befallen wurde und dann, ohne dass eine weitere Krankheitsursache nachzuweisen gewesen wäre, Neuritis optica bekam. 2 neuere derartige Fälle, welche R. nicht erwähnt, sind von Seguin (Jour. of nerv. and ment. dis., April 1880) beschrieben worden. Auch Ref. hat neuerdings eine einschlagende Beobachtung gemacht, welche hier kurz mitgetheilt sei. Ein überaus kräftiger, ca. 30jähriger Mann erkrankte Anfang 1880 mit den Erscheinungen der transversalen Myelitis: neuralgische Schmerzen im Ischiadicusgebiet, an die sich eine ziemlich hochgradige Paraparese schloss mit Hautanästhesie und Muskelhyperästhesie, erhöhten Sehnenreflexen, Harnbeschwerden. Allmählich gingen die Erscheinungen zurück und im Beginn des J. 1881 konnte sich Pat. als Reconvalescent betrachten. Es gestattete sich daher wieder eine lohabitation, aber unmittelbar nach derselben verschlimmerten sich alle Beschwerden und wurde das linke Auge sehschwach. Der Augenarzt fand Abnahme der Sehschärfe und Einengung des Gesichtsfeldes von unten her, aber keine wahrnehmbare Veränderung des Augenhintergrundes. Das rechte Auge war ganz gesund. Die Amblyopie bestand mehrere Monate und schwand dann unter galvanischer Behandlung.

Im obigen Fall nun wandte R. den faradischen Pinsel an. „Bei einer Stromstärke, welche in der Ellenbogenbeuge in dem N. medianus (wohl: vom N. aus) sehr leicht eine Zuckung auslöste, wurde Pat. an der oberen Partie der Brust, an den Armen und dem Rücken in kräftigen, langsamen Streichen einer Pinselung unterworfen und zwar in der Art dass jeder der genannten Körpertheile 2 mal unter die Einwirkung des Pinsels gebracht wurde.“ Die Dauer der Behandlung betrug 5—6 Min. (Wo stand die 2. Elektrode?) Schon am 3. Tage hatte die Injection des Opticus abgenommen und am 6. Tage konnte Pat. statt Jäger Nr. 14 Nr. 7 lesen. Der Rücken wurde galvanisch behandelt und nach 28 Sitzungen war von der Myelitis nichts mehr nachweisbar als leichte Steigerung der Sehnenreflexe. Sensibilität und Blasenfunction waren normal, Pat. marschirte stundenweit, war vergnügt und wollte heirathen. Der Augenhintergrund war normal geworden, es wurde Jäger Nr. 3 gelesen.

R. ist der Meinung, dass unter dem Einfluss des Pinsels der Tonus der Gefässe der Papillen sich wieder herstellte und dass nach Contraction der Gefässe die entzündlichen Erscheinungen sich zurückbildeten.

II. Der faradische Pinsel bei Hyperämien der Centralorgane und ihrer Häute.

B. handelt im 2. Abschnitte seines Aufsatzes von der Behandlung solcher Kranken durch den faradischen Pinsel, welche an neurasthenischen Beschwerden leiden. Da er aber gemäss seiner Theorie nur von Gefässreflexen weiss, von Aenderung der centralen Circulation durch den faradischen Hautreiz, wendet er den Pinsel nur an, wenn er die Diagnose auf Gehirn- oder Rückenmarkshyperämie gestellt hat. Er beginnt daher damit, nachzuweisen, dass es ausser der primären Neurasthenie, welche mit oder ohne secundäre Circulationsstörungen verläuft, Krankheitsbilder gibt, bei denen eine Primäraffection des Nervensystems nicht nachweisbar, ja unwahrscheinlich ist. Hierher zählt er solche Pat., bei welchen „Congestionen“ das erste krankhafte Symptom waren, bei denen erst später die eigentlich neurasthenischen Beschwerden auftraten und die ein rothes Gesicht haben. In derartigen Fällen hat ihm der Pinsel gute Dienste geleistet. Zuerst erzählte er 2 Fälle von „Hirnhyperämie.“ Beide Kranken waren kräftige Männer ohne nervöse Anlage, bei welchen nach Anstrengungen und Aufregungen zuerst das Gefühl von Congestionen, Röthung des Gesichtes, Kopfdruck, Kopfschmerz und Schwindel aufgetreten waren und welche später an Schlaflosigkeit, Vergesslichkeit, Unfähigkeit zur Arbeit, Reizbarkeit litten. Bei beiden bestanden die krankhaften Erscheinungen seit einigen Monaten und beide wurden durch die oben beschriebene Application des Pinsels geheilt, der eine nach 2, der andere nach 18 Sitzungen. Es folgen 2 Fälle, bei welchen myelasthenische Beschwerden in den Vordergrund traten und welche als Beispiele von Rückenmarkshyperämie dienen. Bei einem aus gesunder Familie stammenden Kaufmann traten vor einigen Monaten, nach einer Erkältung reissende Schmerzen im Rücken und in den Beinen, Müdigkeit, Taubheitsgefühl und

zeitweises Hitzegefühl in den letzteren, Schlaflosigkeit ein: Heilung nach 22 Sitzungen. Ein 15jähriges Mädchen hatte ziehende Schmerzen in den Armen, dem Rücken und den Schultern, Schwäche und Taubheitsgefühl der Hände, unruhigen Schlaf und Herzklopfen: nach 13 Sitzungen Heilung. Wodurch in diesen Fällen die Spinalhyperämie bewiesen wird, ist nicht recht einzusehen. Noch mehr gilt dies von den folgenden Fällen, die solcher primärer Neurasthenie durchaus gleichen. Ein junger Mann von reizbarer Natur hat früher onanirt, macht sich Skrupel und bekommt dann das Gefühl von Schwere und fliegender Hitze, später auch Schmerzen in Kopf und Rücken, wird, wenn er öffentlich sprechen soll, roth und für längere Zeit verwirrt, schläft schlecht, hat viel Pollutionen, fühlt sich zu schwach zum Gehen und Schreiben: Heilung nach 16 Sitzungen. Ein Fabrikant leidet seit dem Feldzug an reissenden Schmerzen in der linken Schulter und im rechten Bein, bekommt später Kopfdruck und Schwindel, schläft schlecht, wird vergesslich, arbeitsunfähig, klagt Schmerzen im Kreuz und Empfindlichkeit der Wirbelsäule, Ameisenlaufen in Händen und Füssen: nach 13 Sitzungen Heilung. Bei allen Kranken war objectiv nichts nachzuweisen ausser Lebhaftigkeit der Sehnen- und Hautreflexe. Diese Erhöhung der Reflexerregbarkeit soll für Congestionszustände sprechen, während bei primärer Neurasthenie die Sehnenreflexe oft schwach seien, eine Angabe, die mit der Erfahrung Beard's, welcher bei allen Neurasthenischen gesteigerte Reflexe fand, aber nur von Reflexen im allerweitesten Sinne spricht, und des Ref. streitet, welcher das Verhalten der Haut- und Sehnenreflexe nahezu regellos fand.

Ref. hat mehrfach a. a. O. Gelegenheit genommen, sich gegen die Vorliebe, mit welcher Hirnhyperämie diagnosticirt wird, auszusprechen. Weder bei zweifellosen Congestionszuständen, wie bei Trinkern, nach Amylnitriteinathmung etc., noch bei Stauungshyperämie des Hirn, etwa bei Herzfehlern, beobachtet man die spezifischen Symptome der Neurasthenie. Daraus geht hervor, dass bei letzterer es sich nicht um einfache Blutüberfüllung handeln kann. Oft genug sieht man Fälle von nervöser Erschöpfung, wo der Allgemeinzustand, die Beschaffenheit des Augenhintergrundes u. s. w. eine Anämie des Gehirns sehr wahrscheinlich machen und bei denen doch die Beschwerden dieselben sind wie bei den Fällen mit Congestionserscheinungen. Auch hat Ref. beobachtet, dass unter geeigneter Behandlung die neurasthenischen Beschwerden schwinden können, während die circulatorischen Symptome bestehen bleiben. Kurz die Erfahrung drängt dahin, bei den chronischen Zuständen, für welche die Namen Neurasthenie, Kopfdruck, Nervosismus etc. gebraucht werden, die Circulationsstörungen als Symptom des Grundleidens zu betrachten. Was das letztere sei, wissen wir nicht; die Aufstellung einer anatomischen Diagnose, wie Hirnhyperämie, kann nur dazu dienen, die Unbefangenheit der Beobachtung zu beeinträchtigen. Damit soll natürlich nicht geleugnet werden, dass bei jenen Zuständen Hirnhyperämie oft genug vorkommt und dass sie für die Therapie als das handgreiflichste der Symptome einen passenden Angriffspunkt bieten kann. Von Rückenmarkshyperämie zu reden,

liegt gar kein Grund vor, über sie existiren nichts als wenig begründete Vermuthungen.

Was den Erfolg der Behandlung angeht, so handelt es sich nach R. um eine Contraction der Hirngefässe, welche reflectorisch durch die starke Reizung eines grossen Theiles der Hautnerven bewirkt wird. Ob eine solche Contraction durch Pinselung der Haut erzielt wird, mag dahingestellt sein. Vielleicht aber verhält sich die Sache nicht so einfach, da doch andere flüchtige Hautreize nicht so günstig wie der elektrische zu wirken scheinen. Sicher ist, dass durch elektrische Reizung der Haut das Verhalten der Centralorgane beeinflusst werden kann und zwar oft im curativen Sinne. Es ist ein Verdienst Rumpf's von Neuem darauf hingewiesen zu haben. Aber es dürfte die Gerechtigkeit einmal erfordern an Duchenne zu erinnern, welcher den Pinsel vielfach angewendet hat und die reflectorische Wirkung der elektrischen Hautreizung ausführlich erörtert, zum andern zu bemerken, dass R.'s Verfahren im Wesentlichen mit der allgemeinen Faridisation Beard's und Rockwell's überein zu stimmen scheint. Auch bei dieser handelt es sich um starke Reizung eines möglichst grossen Theiles der Haut, sie wird bei denselben Affectionen, welche R. behandelt hat, empfohlen und ihre Wirkungsweise ist genau so, wie R. die seines Verfahrens schildert. R. hat allerdings erstaunliche Erfolge gehabt. Ob er auch weniger erfreuliche Fälle beobachtet hat, sagt er nicht. Ref., der sich des Pinsels viel bedient und die allgemeine Faradisation seit längerer Zeit anwendet, muss neben manchen Erfolgen doch manche Misserfolge zählen und ist oft durch Recidive betrübt worden.

Schliesslich erzählt R. einen etwas verwickelten Fall von Hemiplegie, der durch den Gebrauch des Pinsels gebessert wurde. Der Pat. hatte im Feldzuge 1870 eine Verletzung des Kopfes erlitten, welche am linken Scheitelbein eine Narbe mit Vertiefung im Knochen hinterlassen hatte. Seit 1872 litt er an nach rechts ausstrahlenden Schmerzen im Rücken, Pelzigsein der Fusssohlen, Schlaflosigkeit, Vergesslichkeit und Schwäche der rechten Seite. Bei der Untersuchung bestand leichte rechtseitige Facialislähmung, leichtes Nachschleifen des rechten Beins, etwas Ataxie der rechtseitigen Glieder, allgemeine Analgesie, lebhafte Sehnenreflexe, abgelaufene Retinitis links. Eingenommenheit des Kopfes. Da der galvanische Strom nichts half, wurde Pat. mit dem Pinsel behandelt. Rasch schwanden Schmerzen und Parästhesien, der Schlaf wurde gut und die Parese besserte sich. Nach 6 Wochen bestand nur noch leichte Verziehung des Mundes und etwas Analgesie. Auch nach $1^1/_2$ Jahr war Pat. in diesem guten Zustand.

Bei gewöhnlicher Hemiplegie mit geringer Sensibilitätsstörung begnügt sich R. mit dem Vulpian'schen Verfahren d. h. Pinselung einer 5—6 □-Cm. grossen Stelle des Vorderarms. Die Dauer der Sitzung beträgt hier wie bei ausgedehnterer Pinselung 4—6 Minuten.

Möbius (Leipzig).

---

484) **Wille** (Basel): Zur Lehre von den Zwangsvorstellungen.
(Archiv für Psychiatrie. XII. Bd. 1. Heft.)

Auf einen kurzen historischen Rückblick, nach welchem die ersten Nachrichten über Zwangsvorstellungen und verwandte Zustände (Grübelsucht, Berührungsfurcht) bis 1866 zurückdatiren und zwar von den Franzosen ausgehen, während auf dies Krankheitsbild von Deutschen besonders Griesinger und Westphal hinwiesen — lässt Verf. 16 Krankheitsgeschichten folgen, um auf Grund dieses Beobachtungsmaterials seine theoretischen und practischen Ergebnisse zu erörtern. — Die Ansicht Westphal's „dass Zwangsvorstellungen solche sind, die bei intacter Intelligenz und ohne durch gefühlsartigen oder affectartigen Zustand bedingt zu sein, gegen den Willen des betr. Menschen in den Vordergrund des Bewusstseins treten, sich nicht verscheuchen lassen, den normalen Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, aber von den Befallenen als ihnen fremdartig erkannt werden" — lässt Verf. insofern gelten, als dadurch in treffender Weise das Zwangsartige, Unwiderstehliche, absolut Nöthigende der Vorstellungen ausgedrückt wird. Er glaubt aber, dass das Intactsein der Intelligenz, das Fehlen eines gefühls- oder affectartigen Zustandes nicht unbedingt zur Characterisirung der Zwangsvorstellungen erforderlich ist. Auch Individuen mit bereits eingetretenem psychischen Defect können Zwangsvorstellungen haben, insofern sie noch so viel Urtheil besitzen, das Absurde der sie beherrschenden Vorstellungen zu erkennen. Ferner treten Zwangsvorstellungen zwar oft auf ohne Vorhandensein irgendwelchen Affects, doch kommen sie ebenso häufig zu Stande im Zustande hochgradiger psychischer Erregung. Ebenso ist die Einsicht in das Krankhafte der Vorstellung nicht massgeblich entscheidend für die Zwangs- gegen die Wahnvorstellung: denn auch der primär Verrückte kann im Anfange der Störung ebensowohl eine Einsicht in das Absurde seiner Wahnideen haben. — Bezüglich der fast bei allen Zwangsvorstellungen beobachteten psychischen Emotion erörtert Verfasser, dass letztere also einmal die *Ursache* für das Entstehen der krankhaften Idee sein kann; ferner kann sie hervorgerufen werden durch den *Inhalt* der Vorstellungen und durch die aus diesen hervorgehenden *Zwangshandlungen*. Endlich entsteht Angst durch jede Hemmung im geistigen Mechanismus, und eine solche ist beim Auftreten von Zwangsvorstellungen vorhanden. —

Entgegen Westphal giebt Verf. an, dass der Inhalt der Zwangsvorstellungen nicht nothwendig ein dem Individuum fremder, ein ungereimter ist, er entspricht vielmehr häufig dem früheren Vorstellungskreise des Betreffenden. So wird z. B. der übertieben Ordentliche beim Ausbruche der Krankheit von der Vorstelluug beherrscht, dass er diese oder jene Arbeit nicht ordentlich verrichtet, dass er etwas vergessen habe, der peinlich Reinliche wird von der Furcht sich zu beschmutzen gequält.

Betreffs der *Zwangshandlungen* nimmt Verf. an, dass sie besonders dann auf Zwangsvorstellungen folgen, wenn grosse individuelle Erregbarkeit und wenn augenblicklich erregte Gemüthslage

vorhanden sind. Ferner sind gewissermassen selbständige Zwangshandlungen zu unterscheiden, d. i.: die Vorstellungen tragen ein so impulsives Gepräge, dass sie sofort in die That übergehen. *Zwangsvorstellungen von Zwangshandlungen gefolgt* ergeben ein viel schwereres Krankheitsbild als die einfachen ersteren, es nähert sich diese Form der *Verrücktheit*, kann direct in dieselbe übergehn; ebenso wie die durch die Vorstellungsstörung entstehende Angstzustände in den Vordergrund treten und schliesslich das Bild einer *wahren Melancholie* geben können.

Die die Zwangsvorstellungen begleitenden Symptome in körperlicher Beziehung sind nicht characteristisch. Für das Entstehen der Krankheit sind Geschlecht, Stand, Bildung und Intelligenz unmassgeblich. Wie bei den wahren Psychosen ist das mittlere Lebensalter prädisponirt. — Von den 16 Krankheitsfällen des Verfassers war in 13 psychopathische oder neuropathische Anlage vorhanden, besonders Hysterie und Hypochondrie. Nur 3 Individuen boten vorher in psychischer Beziehung keine auffälligen Erscheinungen.

Die *Prognose* der Zwangsvorstellungen ist quoad valetudinem sehr ungünstig. Intermissionen sind zwar häufig, treten oft ganz plötzlich ein und halten zuweilen Jahre lang an, eine gänzliche Heilung ist dagegen unwahrscheinlich. Ein directer tödtlicher Ausgang wäre nur im Falle eines Selbstmordes (einmal von Casper beobachtet) denkbar. Ausgang der Krankheit in Melancholie ist sicher beobachtet, Ausgang in Verrücktheit ist wohl selten.

Betreff's der *Behandlung* glaubt der Verfasser, dass der Aufenthalt in einer Anstalt nur dann nöthig ist, wenn sehr ungünstige häusliche Verhältnisse vorhanden sind.

Das Heilverfahren soll im Allgemeinen ein tonisirendes und roborirendes sein. Narcotica sind nur symptomatisch angebracht.

Langreuter (Dalldorf).

---

485) **Joseph Workmann**: Asylum management.

(Rede auf der Jahresversammlung der americanischen Anstaltsdirectoren in Toronto, Juni 1881.)

(Am. Journ. of Ins. Juli 1881.)

Vortragender, früher Director der Anstalt in Toronto (Canada) berührt mehrere Puncte im americanischen Irrenanstaltswesen, welche der Besserung bedürfen. Seiner Ansicht nach wird über die Mehrzahl der Anstalten zu viel von den Behörden regiert und missregiert. Als eine besonders üble Folge dieses Hineinregierens ist die unsichere Stellung der Anstaltsdirectoren, welche von den Aufsichtsbehörden ein- und abgesetzt werden können. Auch die Einrichtung, dass die Directoren nach einem bestimmten Zeitablauf, meist alle 5 Jahre, einer Neu- resp. Wiederwahl sich zu unterziehen haben, hält er für ungenügend und fordert Anstellung auf Lebensdauer. Einer Umänderung bedarf auch die Einrichtung, dass nicht die Directoren, sondern die Aufsichtsbehörden die Anstellung der Assistenten etc. besorgen. Zu beklagen ist ferner das Misstrauen, mit welchem die

Anstaltsverwaltungen gerade dem gebildeten Publicum gegenüber zu kämpfen haben; die Unterstüzung, welche Anklagen von entlassenem Wartpersonal oder ungeheilten Kranken bei jenem finden. Er glaubt, dass die Aufsichtsbehörden oft nicht den an sie zu stellenden Anforderungen bezüglich des Schutzes ihrer Untergebenen genügt hätten und hält überhaupt eine grössere Centralisation der Aufsicht über die Anstalten für vortheilhafter. Zur Verbreitung besserer Kenntnisse der Psychiatrie unter den Medicinern empfiehlt er angelegentlichst die Nachahmung einer Einrichtung in der Irrenanstalt zu Reggio unter Tamburini, welche derjenigen der preussischen Volontairarztstellen sehr ähnlich ist.

Karrer (Erlangen).

---

486) **Henry M. Hurd:** A plea for systematic therapeutical, clinical and statistical study (of insanity. Ref.).

(Vortrag auf der Jahresversammlung der american. Austaltsdirectoren in Toronto, Juni 1881.)

(Am. Journ. of Insan. Juli 1881.)

Nachdem Redner in Kürze auf die Fortschritte im american. Irrenwesen, welche durch Erbauung und Einrichtung einer grossen Anzahl von Irrenanstalten erreicht wurden, hingewiesen, betont er die Nothwendigkeit weiterer Fortarbeit und untersucht nach welchen Richtungen hin jetzt Fortschritte erstrebt werden müssen.

Vor Allem hält er bezüglich der Therapie ein systematisches Zusammenarbeiten der Irrenärzte für nothwendig. Der Nihilismus bezüglich der Arzneimittel müsse bekämpft werden, die Anwendung neuer Mittel durchgeprobt und dann veröffentlicht werden. Als Beispiele führt er Hyoscyamin, Ergotin und Codëin an. Ersteres ist nach seinen Erfahrungen für die Behandlung der Manie von sehr grossem Nutzen; der acuten sowohl als chronischen, ebenso auch bei einigen Formen der allgemeinen Paralyse. Und wenn es auch nicht immer Heilung bewirkt, so hebt es die Ernährung durch Verbesserung des Appetites und Herbeiführung von Schlaf.

Ergotin war Verf. besonders bei Epilepsie nützlich, Codëin fand er von Erfolg bei der Ruhelosigkeit und den angstvollen Wahnideen von Melancholischen.

Ein anderes Feld der Arbeit ist das klinische Studium der Krankheitsformen. Hier will Verf. besonders noch die allgemeine Paralyse bearbeitet wissen. Es ist eine genauere Umgrenzung der Form und Ausscheidung von nicht hieher gehörigen Fällen nöthig, die Aetiologie bedarf besonderer Beachtung, das klinische Studium weiterer Förderung. Verf. unterscheidet 4 Varitäten der allgemeinen Paralyse. Die erste ist gekennzeichnet durch rasche Entwickelung aller characteristischen Symptome, excessiven Grössenwahn, rapiden Verlauf und tiefen geistigen wie körperlichen Verfall. Bei der zweiten ist der melancholische Character ausgesprochen, der Verlauf ebenso wie bei I; bei der dritten beherrscht hochgradige Demenz das Krankheitsbild, der Verlauf ist ein sehr langsamer. Die vierte wird durch Exaltation und Wohlbehagen, Plänesucht, Urtheilsmangel, Zurücktreten der motorischen Symptome gebildet, verläuft

ungemein langsam, Remissionen und Heilungen kommen vor. Die verschiedenen Formen können sich aber auch vermischen. Mit dem klinischen Studium muss das der pathologischen Anatomie Hand in Hand gehen. Zur Behandlung empfiehlt Verf. in den Anfangsstadien Sedativa, kalte Uebergiessungen, Jod und Quecksilber, Gegenreiz am Schädel; später die metallischen Tonica, so Zincoxyd und Chlorbaryum; von welch' letzterem er in mehreren Fällen erhebliche Besserung erfahren hat. Bei Zeichen der Erschöpfung sind Tinct. Fowleri, Chinin und Alcoholica zu empfehlen. Kein einziger Fall sollte als hoffnungslos für die Behandlung erachtet werden.

In gleicher Weise sollten auch die anderen Formen studirt werden, wobei eine Art Arbeitstheilung bezüglich der einzelnen Formen zwischen den Anstalten stattfinden könnte.

Schliesslich fordert Verf. auch eine bessere Statistik. Vor allen Dingen müssten die Tabellen gleich sein, gegenwärtig habe jede Anstalt in ihren Jahresberichten eine von den andern verschiedene Anzahl und Benennungsweise der Krankheitsformen. Ebenso herrsche eine Ungleichheit in den Bezeichnungen über die Entlassungen etc. Die Tabellen über die Verwaltungskosten seien überflüssig. Verf. fordert dann, dass die von allen Anstalten in gleicher Weise gefertigten Tabellen von einem ständigen statistischen Ausschusse überarbeitet und nutzbar gemacht werden sollten.

Karrer (Erlangen).

---

487) **Savage**: Moral Insanity.

(Journ. of ment. sc. July 1881, p. 147—155.)

Wenn auch die Wissenschaft eine Zweitheilung der Psyche in Intelligenz und Moral nicht zugeben kann; so zeigt doch die Erfahrung in den Irrenanstalten, dass es praktisch sei, Störungen der Moral von jenen der Intelligenz zu unterscheiden. Die moralischen Eigenschaften sind in der Reihe der Entwicklung am spätesten erworben worden, sie stehen höher als alle anderen, gehen aber eben darum auch leichter bei psychischen Krankheiten verloren. Allerdings ist dem Verf. bisher nicht vorgekommen, dass die moralischen Eigenschaften ganz allein pervers gewesen wären, sondern immer hatte die Intelligenz dabei auch gelitten, wenn auch nur in geringem Grade.

Verf. unterscheidet zwischen einer angeborenen und erworbenen moralischen Geistesstörung. Kinder, in deren Ascendenz Geistesstörung vorgekommen ist, sind am meisten belastet. Verf erwähnt den Fall einer Frau, die mehrere gesunde und gesittete Kinder hatte, aber, nachdem sie während einer Schwangerschaft geisteskrank geworden war, einen wahren Teufel an Bosheit zur Welt brachte. Auch Syphilis und fieberhafte Krankheiten der Eltern können an einer angeborenen Moral insanity der Kinder schuld sein. Oft äussern sich die ersten Symptome schon in frühester Jugend durch Bosheit, Hang zum Lügen, Freude an der Grausamkeit etc. Früh pflegt der Geschlechtstrieb zu erwachen und Masturbation ist etwas gewöhnliches. Die eintretende Pubertät ist eine besonders kritische

Epoche, selbst solche, die bis dahin so ziemlich zu erhalten waren, pflegen den schlechten Trieben zu verfallen. Die Intelligenz ist dabei in einer, oft gar nicht auffallenden, Weise alterirt, ja manchmal sind einzelne Fähigkeiten geradezu eminent entwickelt (Musik, Rechnen), so dass gerade diese Klasse von den Laien gewöhnlich für gesund und zurechnungsfähig angesehen wird.

Das erworbene moralische Irresein tritt gewöhnlich auf nach vorausgegangener Geistesstörung als eine Art Heilung mit Defekt, wenn es einmal ein Jahr lang bestanden hat, bleibt wenig Hoffnung auf Heilung mehr übrig. Aber auch nach fieberhaften Krankheiten sowie nach (Alcohol) Intoxication kann Moral-insanity entstehen. Diese Formen werden weniger leicht verkannt als die angeborenen.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

488) **E. Marandon de Montyel** (Marseille): Contribution à l'étude de la folie à deux.

(Ann. méd. psych. 1881 Janvier.)

Das merkwürdige Vorkommen von einer und derselben Geistesstörung bei 2 verschiedenen Individuen hat Verf. nach dem Vorgang von Lassègue, Falret, Baillarger, Lunier und Régis ebenfalls zum Gegenstand eingehenderen Studiums gemacht. Er unterscheidet 3 Formen dieser Krankheitserscheinung, indem er als übertragene Geistesstörung (folie imposé) denjenigen Zustand bezeichnet, bei welchem eine Person die auf krankhaftem Wege (Hallucination, Illusion etc) gewonnenen Wahnvorstellungen eines Geisteskranken annimmt, ohne dass sie selbst an Hallucinationen oder an anderen krankhaften Vorgängen leidet, während er von einer gleichzeitigen Geistesstörung (folie simultanée) dann spricht, wenn 2 zusammenlebende Personen gleichzeitig an denselben Hallucinationen leiden und zu denselben Schlussfolgerungen (Verfolgungswahn etc.) gelangen. Als dritte Form nimmt er die mitgetheilte Geistesstörung (folie communiquée) an, welche sich in der Art äussert, dass das 2. Individuum unter dem Einfluss des Ersten erkrankt und nach und nach an ähnlichen sensoriellen Störungen leidet, welche dann die Grundlage derselben Wahnvorstellungen bilden. Bei der ersten Form ist stets eine vorher bestehende Geistesschwäche des 2. Individuums vorauszusetzen, während die beiden letzten Formen nur bei Hereditariern vorkommen und zugleich bei Personen, welche durch beständiges intimes Zusammenleben aneinander gefesselt sind wie Geschwister, Ehegatten u. s. f. Verf. bespricht die auch von Régis hervorgehobene Thatsache, dass bei sämmtlichen Kranken, welche zur Beobachtung kamen, die Wahnvorstellungen den Charakter der Verfolgung und Beeinträchtigung zeigten und glaubt, dass diese Gemeinschaftlichkeit des Wahninhaltes nicht der Krankheitsform als solcher zukomme, sondern durch die eigenartigen Zustände unseres Jahrhunderts sich erklären, in welchem bei dem raschen Fortschritt der Gesammtcultur das Leben und Streben der Einzelnen aus Kämpfen und Enttäuschungen sich zusammensetze, wie z. B. im Mittel-

alter gewiss religiöse und abergläubische Wahnvorstellungen den Inhalt solcher Krankheiten gebildet haben würden, wenn solche wissenschaft lich beobachtet worden wären; dabei vergisst er auf das in jener-Zeit wenigstens als Analogie der Folie à deux zu betrachtende epidemische Auftreten religiös-exstatischer Geistesstörung hinzuweisen.

Als Beispiele werden noch 4 Fälle mitgetheilt, von denen 2 die erste und je einer die beiden letzten der vom Verf. aufgestellten Krankheitsformen illustriren.

Engelhorn (Maulbronn).

---

489) **Schlager** (Wien): Zur Frage über den Einfluss des blauen Lichtes auf Geisteskranke.

(Allg. Wien. medic. Zeitschr. 1880. 48. ff. Separatabdr. gr. 8⁰. 66 pag.)

Verf. giebt in der vorliegenden Arbeit seine an nahezu 60 Kranken angestellten Beobachtungen über den Einfluss des blauen Lichtes. Dieselben sind mit einer ausserordentlichen Genauigkeit angestellt, deren detaillirte Mittheilung die Lecture der Arbeit sehr erschwert. Die fortlaufenden, meist von 3 zu 3 Stunden vorgenommenen Pulszählungen und Temperaturmessungen, auch die Körperwägungen nimmt man noch mit in den Kauf; die minutiösen Angaben über Grösse der Fenster, Intensität der Glasfarben, Temperatur der Zellen (auch 3stündlich gemessen), meteorologischer Zustand der Atmosphäre u. s. w. könnte man indessen ebensogut missen. Interessant ist die Heranziehung und Analogisirung der Versuche Schenk's, welcher den Einfluss farbigen Lichtes auf die Entwicklung von Froschembryomen beobachtete, und constatirte, dass das rothe Licht excitomotorisch, blau gegentheilig wirkte.

Die Resultate Schlager's lassen sich kurz dahin zusammenfassen:

In einigen Fällen maniakalischer Erregung, wo dieselbe anderen beruhigenden Mitteln nicht wich, trat in der blauen Zelle sofort eine bedeutende, während des Aufenthaltes in derselben andauernde Beruhigung ein, die indessen nur bei einzelnen Kranken noch nach dem Verlassen der Zelle fortdauerte. Trotz dieser im ganzen geringen Erfolge schreibt Verf. dem blauen Licht eine „wichtige therapeutische Bedeutung bei maniakalischen Kranken zu, bei denen andere Beruhigungsmittel erfolglos angewendet wurden, hält die versuchsweise Vornahme der Einwirkung des blauen Lichtes therapeutisch gerechtfertigt“ und empfiehlt weitere „systematische“ Versuche. Nachtheile hat er von dieser Behandlung nicht gesehen.

Seine über das blaue Licht angestellten Untersuchungen bestimmen den Verf. „nunmehr zunächst an die Untersuchung über die Einwirkung des *rothen* Lichtes zu schreiten“.

Erlenmeyer.

II. Personalien.

Offene Stellen. 1) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt, (Preusse), 600 Mark freie Station. 2) Grafenberg (Düsseldorf), Volontairarzt sofort; 600 M., fr. Stat. 3) Dalldorf (Berlin), 2 Volontairärzte, baldigst, 600 M. fr. Stat. Meldungen an das Curatorium der Irrenanstalt der Stadt Berlin. 4) Düren, Volontairarzt, 600 Mark, freie Station. 5) Asyl Schweizerhof (Stat. Zehlendorf), II. Arzt; freie Station und Gehalt nach Uebereinkunft. Bewerbung schriftlich beim Director Dr. Laehr. 6) Leipzig (Irrenklinik), 2. Assistenzarzt; 1. Januar 1882. 1500 M., fr. Stat. Meldungen an Professor Dr. Flechsig. 7) Hildesheim, Prov.-Irr.-Anst., provis. Hilfsarzt, 900. M., fr. Stat. 8) Leubus (Prov. Irren-Anstalt), Volontairarzt, 450 M. bei fr. Stat. Eine weitere Renumeration von 600 M. in Aussicht. 9) Owinsk, a) 1 Assistenzarzt, b) 2 Volontairärzte. 10) Allenberg (Ost-Preussen), a) Volontairarzt, sofort, 600 M., fr. Station, b) Assistenzarzt, 1. Febr. 1882, 1200 M., fr. Station. 11) Die Kreisphysicate: Cleve (Düsseldorf), Wohlau (Breslau.

Ernannt. Dr. Gustav Neusser, Docent an der Universität zu Krakau, zum Director der Galizischen Irrenanstalt zu Kulparkow. Professor extraord. Dr. Grützner in Breslau zum ausserordentl. Prof. der Physiologie nach Bern berufen. Dr. Gruchot in Hamm, Dr. Ebner Fraustadt zum Kreisphysicus daselbst.

Ehrenbezeugungen. Director Dr. Koch in Zwiefalten erhielt das Ritterkreuz II. Classe der Württemberg. Krone. Dr. Moorss, Kreisphysicus zu Hagen den Titel Sanitätsrath.

III. Anzeige.

Coblenz, Druck von Ph. Werle (Entenpfuhl 12).

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. **1. Dezember 1881.** **Nro. 23.**

INHALT.

I. Originalien.

Dehnung beider n. ischiadici bei Tabes; geringe Besserung.

Von
Dr. P. MOEBIUS und Dr. H. TILLMANNS
in Leipzig.

Mit Recht hat Erb*) dazu aufgefordert, dass bei dem gegenwärtigen Stande der Frage nach der therapeutischen Bedeutung der Nervendehnung bei Tabes auch solche Beobachtungen mitgetheilt werden möchten, wo die Operation ohne *wesentlichen* Erfolg blieb. Wir halten es daher für geboten, über nachstehenden Fall kurz zu berichten, in welchem durch die Dehnung beider nervi ischiadici nur eine geringe Besserung der Sensibilität erzielt wurde, während im Uebrigen der Krankheitszustand im Wesentlichen derselbe blieb.

*) Erb, Centralblatt für Nervenheilkunde etc. IV. Jahrgang 1881. Nro. 12.

Hünsch 43 Jahre alt, Markthelfer, wohnhaft zu Reudnitz, wurde durch Herrn Collegen Dr. Jul. Kühn an Dr. Moebius gewiesen.

Er gab an, dass seine Eltern und Geschwister nie an Nervenkrankheiten gelitten haben, dass er in seiner Jugend immer gesund gewesen sei, nur einmal im 24. Jahre einen Tripper sich zugezogen, im Uebrigen nie Ausschweifungen begangen habe. In seiner ersten Ehe, welche von 1866 bis 79 dauerte, zeugte er sieben gesunde Kinder. Einmal abortirte die Frau. Das Geschäftslokal in welchem er seit länger als 20 Jahre zu arbeiten hatte, war zugig und kalt; die Arbeit war anstrengend, dauerte zuweilen besonders zur Zeit der Messe bis in die Nacht hinein. In diesen Verhältnissen suchte er die Ursache des „Rheumatismus", an welchem er seit 6—8 Jahren litt. Die Schmerzen, deren erstes Auftreten er zeitlich nicht recht zu fixiren weiss, waren stets blitzartig, traten bald hier bald dort im Körper, in Beinen, Armen, Rumpf auf, waren nie sehr heftig, dauerten gewöhnlich einige Stunden, kehrten nach Tagen oder Wochen zurück, ja setzten zuweilen 6—8 Wochen aus, um dann bei einem Witterungswechsel oder dgl. ganz in der alten Weise zu beginnen. Weitere Beschwerden wollte er bis zum Beginne des vergangenen Winters nicht gehabt haben. Im November 1880 bemerkte er, dass sein Geschlechtstrieb abnahm. Trotzdem dass die Frau, welche er im Januar 1881 heirathete, bei ihm schlief, übte er den Coitus selten aus.

Die Hoden waren auffallend kalt. Um dieselbe Zeit wurde der Gang im Dunkeln unsicher. Gegen Weihnachten trat zuweilen Bettpissen ein. Der Urin, welcher mit einigem Pressen entleert wurde, war immer trübe. Im Beginne des Frühjahrs wurde der Gang auch im Hellen unsicher; der Kranke bemerkte, dass er den Boden nicht mehr wie früher fühle, dass er wie auf Wolle gehe, dass er auffallend rasch ermüde. Auch in den Fingerspitzen stellte sich Taubheitsgefühl ein. Während des Winters waren die Füsse bis zu den Knöcheln zeitweise leicht geschwollen. Diese Erscheinung verlor sich im Frühjahr. Kopfbeschwerden, Magenbeschwerden, Parästhesien waren zu keiner Zeit vorhanden.

Vor mehreren Wochen gebar die Frau dem Kranken ein gesundes Kind.

Die nähere Untersuchung des Kranken, zum ersten Male am 5. Juli vorgenommen, ergab folgendes: Der Kranke war ein hochgewachsener Mann mit kräftigem Knochenbau, geringem Fettpolster, trockener, schlaffer Haut, mässig kräftiger, schlaffer Muskulatur. Seine Aeusserungen liessen auf eine normale Intelligenz und einen ruhigen Gemüthszustand schliessen. Die Sinnesorgane fungirten gut. Besonders die Augen, welche auch früher nie zu Klagen Veranlassung gegeben hatten, zeigten normale Sehschärfe und Beweglichkeit. Die Pupillen, deren rechte um ein Geringes weiter war als die linke, waren mitteleng, reagirten bei Lichteinfall und Accommodation in gleicher Weise wenig ausgiebig und langsam. Die Sprache war normal; die Zunge wurde gerade herausgestreckt und zitterte etwas; das Gaumensegel bewegte sich in normaler Weise, das Schlucken war unbehindert.

Um ein Urtheil *über den Zustand der Sensibilität* zu gewinnen, wurden an verschiedenen Stellen des Kopfes, der oberen und unteren Glieder die sog. Empfindungs- und Schmerzminima durch den inducirten Strom festgestellt d. h. es wurde geprüft, wie weit die beiden Rollen des Dubois-Reymond'schen Schlittens einander genähert werden mussten, damit der Drahtpinsel auf der Haut die Empfindung des Prickelns, resp. des Schmerzes hervorrief. Es ergab sich, dass nur an den Unterschenkeln und Füssen die Sensibilität sich anders verhielt als bei gesunden Menschen. Sie war auf den Unterschenkeln und Füssen

um ein Geringes, auf der Sohle beträchtlich vermindert, derart dass bei ganz übereinandergeschobenen Rollen auf der Sohle keine prickelnde Empfindung entstand. Die Empfindlichkeit gegen andere Reize war vom Knie abwärts vermindert. Einstechen einer Nadel, starkes Kneipen wurden nicht schmerzhaft empfunden. Der Ort der Berührung wurde immer richtig angegeben. Die Tastkreise waren vergrössert, doch waren hierüber die Angaben des Kranken wechselnd und unsicher. Eine Pause zwischen Reiz und Empfindung wurde nicht wahrgenommen. Zwei Gläser mit kaltem und warmem Wasser wurden überall richtig unterschieden, doch an den Füssen nannte der Kranke das kalte warm, während er das warme nur als Berührung empfand. Wurde der linke Fussrücken angeblasen, so gab der Kranke an: „Stechen auf dem linken Fuss". Wurde die rechte grosse Zehe mit den Fingern stark gedrückt, so gab er an: „Stechen an der rechten Wade" oder „Nichts". Ueber die Lage seiner Glieder war Pat. nicht immer richtig orientirt, hob man, während er im Bett mit geschlossenen Augen lag, einen Fuss vorsichtig in die Höhe, so wusste er nichts davon. Die Anästhesie schien rechts und links gleich stark zu sein.

Die reflectorischen Bewegungen an den Beinen waren mehr oder weniger gestört. Die Hautreflexe durch Kitzeln, Stechen etc. waren sehr schwach und inconstant. Das Kniephänomen fehlte durchaus. Der Cremasterreflex fehlte. Der Bauchreflex war nur auf der rechten Seite deutlich.

Die Kraft der Bewegungen war gering. Der Druck der Hände am Dynamometer gemessen betrug rechts 35 Kgr., links 57 Kgr. (der 2. und 3. Finger rechts durch Narben von Panaritien verunstaltet). Das Beugen und Strecken der Beine war durch Gegendruck leicht zu überwinden und zwar war die Kraft zu beugen noch beträchtlich geringer, als die zu strecken. Sowohl die Bewegungen der Hände als die der Füsse waren in mässigem Grade atactisch. Die Hand erreichte nur auf Umwegen die dargebotene Hand, fand Schwierigkeiten beim Zuknöpfen u. s. w. Der Gang war leicht schleudernd und musste durch das Gesicht controlirt werden. Stehend gerieth der Kranke rasch in Schwanken; schloss er die Augen, so wurde dieses stärker und der Kranke fiel zu Boden. Stehen mit geschlossenen Füssen bei Augenschluss, Erheben auf die Fussspitzen, rasche Wendungen konnten nicht ausgeführt werdeu.

Sowohl in Bezug des Mangels an Kraft als der Ataxie schien das rechte Bein etwas schlechter zu sein als das linke. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln war qualitativ normal. An beiden Armen reagirte das Gebiet des N. radialis bei gleicher Stromstärke, dagegen war der rechte N. peroneus etwas schwerer erregbar als der linke.

Der Umfang der Oberschenkel oberhalb des Beins betrug rechts 35, links 34 Cm., der Umfang der Wade rechts 30, links 29,5 Cm.

Nachdem der soeben geschilderte Zustand des Kranken durch eine wiederholte Untersuchung erkannt worden war, wurde dem Kranken die Nervendehnung als der am Meisten versprechende Heilversuch vorgeschlagen. Dieser Vorschlag wurde mit Freuden angenommen und am 12. Juli wurde die Dehnung beider n. ischiadici unter antiseptischen Cautelen durch Dr. H. Tillmanns ausgeführt.

Am 11. Juli hatte Pat. lanzinirende Schmerzen mässigen Grades in der rechten Hand und im linken Fuss gehabt. Unmittelbar vor der Operation wurde der hauptsächlichste Befund noch einmal constatirt. Bei Anwendung des constanten Stromes reagirte der

linke Peroneus derart, dass die Kathode bei 8 Elementen eine Zuckung auslöste, die Anode bei 10 Elementen.

Bezüglich der Operation der Nervendehnung sei folgendes bemerkt.

Die Operation wurde am 12. Juli Vorm. $8^1/_2$ Uhr unter Spray und unter Anwendung der sonstigen antiseptischen Cautelen vorgenommen. Der n. ischiadicus wurde jederseits in der bekannten Weise durch Längsschnitt dicht unterhalb der Glutaealfalte am Oberschenkel aufgesucht, von seiner bindegewebigen Umgebung so wenig als möglich isolirt, hervorgezogen und dann in centraler Richtung kräftig durch mehrere Tractionen gedehnt, bis ein deutliches Nachgeben seitens des Nerven zu constatiren war; es wurde so lange und so kräftig mehrere Male gezogen, bis die Länge des Nerven so weit zugenommen hatte, dass aus dem hervorgezogenen Nerven eine halbe Acht geschlungen werden konnte. Bei der letzteren Procedur wurde der Nerv natürlich auch in peripherer Richtung gedehnt; vorher aber war die eigentliche Dehnung nur in centraler Richtung vorgenommen worden. Der Befund an den blossgelegten Nerven war etwa folgender. Der zuerst hervorgezogene linke n. ischiadicus war rundlich, turgescent, reichlich injicirt, mit schwach ausgesprochener Röthung. Es wurde eine grosse Elektrode auf das Sternum placirt, die zweite knopfförmige wurde dem blossgelegten Nerven angelegt, nachdem sie vorher sorgfältig desinficirt, mit antiseptischem Verbandstoff (Carbolmull) überzogen und mit $2^1/_2$% Carbollösung angefeuchtet worden war. Bei der Stromstärke eines Elementes des constanten Stromes rief die Kathode deutliche Zuckungen in der Wade und den Peroneen hervor, die Anode kaum merkbare Zuckungen. Bei 2 Elementen rief auch die Anode deutliche Zuckungen hervor und liess die Kathode das ganze Bein bewegen. Nach Vollziehung der Dehnung des linken n. ischiadicus schienen die Zuckungen bei gleicher Stromstärke um ein geringes schwächer zu sein, doch reichte, auch jetzt noch ein Element hin, um mit beiden Polen Zuckungen auszulösen. (Eine genauere Differenzirung der Reizmomente war nicht wohl auszuführen, da wir die häufigere und längere Applikation der Elektroden auf den blossgelegten Nerven mit Rücksicht auf einen normalen aseptischen Heilungsverlauf der Operationswunde nicht für zweckmässig hielten, auch konnten Oeffnungen und Schliessungen im metallischen Theile der Kette bei der gegebenen Anordnung des Apparates nicht vorgenommen werden.)

Der rechte n. ischiadicus war etwas platter, weniger injicirt, als der linke, glänzte weisslich, machte den Eindruck grösserer Trockenheit und war bei der Dehnung weniger nachgiebig, war starrer als links. Seine electrische Reactionsweise war vor und nach der Dehnung der des linken gleich.

Am linken Oberschenkel wurde, wie gesagt, die Dehnung des n. ischiadicus zuerst vorgenommen, dann wurde der rechte Ischiadicus gedehnt, nachdem die genähte und drainirte Operationswunde links mit einem provisorischen antiseptischen Verbande bedeckt war. Die linke Operationswunde wurde durch 20, die rechte durch 19 Seidennähte geschlossen, je ein kurzes mittelstarkes Drain unten aus-

wärts von der Nahtlinie; typischer Lister-Verband; mässige Compression. Der weitere Verlauf war mit Rücksicht auf die Heilung der Operationswunden durchaus befriedigend, fieberlos. Puls und Respiration waren im Anschluss an die Nervendehnung auffallend verlangsamt. Die Häufigkeit derselben war während der Vornahme der Nervendehnung durch lautes Zählen controlirt worden, aber eine deutliche Verminderung der Pulsfrequenz und der Häufigkeit der Respiration konnte *während* der Dehnung nicht mit Sicherheit constatirt werden. Um $10^1/_2$ Uhr aber, d. h. etwa 1 Stunde nach Beendigung der Operation und nach Application des antiseptischen Verbandes war der Puls auf 54 Schläge herabgesunken und auffallend dünn; die Respiration betrug 12. 1 Stunde später, $2^1/_2$ Stunden nach der Operation betrug der Puls 52, war aber nicht mehr so dünn, sondern voller, die Respiration betrug 12, die Temperatur 36,0. Dann stieg die Temperatur und die Pulsfrequenz nahm zu, sodass Nachmittags 2 Uhr, also etwa 5 Stunden nach der Nervendehnung die Respiration 18, der Puls 72 und die Temperatur 37,2° C. betrug. Die Qualität des Pulses war im Uebrigen normal, wie vor der Operation. Der weitere Verlauf war fieberlos, der Puls schwankte zwischen 72 und 84, die Temperatur zwischen 36,4° C. und 37,7° C. bis zum 8. Tage nach der Operation, wo Pat. aufstand. Der erste Verbandswechsel fand am 16. Juli, d. h. am 4. Tage nach der Operation statt; prima intentio; die beiden Drains und die Nähte mit Ausnahme von je 2 tief greifenden werden beiderseits entfernt; typischer Lister-Verband; mässige Compression. Der 2. und letzte antiseptische Verbandwechsel fand am 19. Juli statt, d. h. am 7. Tage nach der Operation, die beiden letzten tiefgreifenden Nähte wurden beiderseits entfernt, die Operationswunden waren geheilt bis auf die Drainstellen und bis auf eine 2 Ctm. lange granulirende Fläche im obersten Theile der linksseitigen Nahtlinie, die rechtsseitige Nahtlinie war in ihrer ganzen Ausdehnung geheilt. Heftpflasterverband. Am nächsten Tage stand Pat. auf und am folgenden Tage d. h. am 21. Juli, also am 9. Tage *nach* der Operation wurde Pat. in seine Wohnung entlassen. Die Drainstellen und der noch nicht vollständig geheilte Theil der linksseitigen Nahtlinie schlossen sich in den nächsten Tagen. Bemerkenswerth war ferner, dass auch bei unserem Kranken Urinretention bestand von der Zeit der Operation bis zum Nachmittag des 6. Tages nach der Nervendehnung, wo zum ersten Male $^1/_2$ Urinflasche voll Harn willkürlich vom Pat. gelassen wurde, nachdem schon am 4. und 5. Tage wenige Tropfen Urins hervorgepresst worden waren; bis zum 6. Tage war der Urin durch Katheter entleert worden, der Urin war, wenn wir von dem sehr mässigen Gehalt an Phenol-Schwefelsäure absehen, stets nach Aussehen und Zusammensetzung normal, es bestand kein Blasencatarrh und keine Incontinenz, wie in anderen Fällen von Nervendehnung des n. ischiadicus. Der Stuhlgang, welcher mit Rücksicht auf die beiden Operationswunden in der Glutaealfalte der Oberschenkel absichtlich durch Tinct. opii zurückgehalten wurde, erfolgte zum ersten Male am 19. Juli, d. h. am 7. Tage nach der Operation nach Darreichung von Bitterwasser.

Im Uebrigen, besonders auch mit Rücksicht auf seine tabetischen Störungen zeigte Pat. folgendes Verhalten.

3 Stunden nach der Operation befand sich der Kranke bei klarem Bewusstsein, fühlte sich durchaus wohl, hatte weder Schmerzen noch irgendwelche Parästhesien. Die Füsse wurden frei bewegt. Die Ataxie der Hände schien etwas stärker zu sein. Dynamometer: rechts 27, links 35 Kgr der linke Peroneus reagirte bei 14 (Ka) und 16 (An) Elementen, der rechte bei 16 und 18 Elementen. (Während der Reconvalescenz sind täglich elektrische Prüfungen vorgenommen worden. Da es sich aber herausgestellt hat, dass die Elemente des angewandten (Spamer'schen) Apparates äusserst inconstant waren, ist auf die erhaltenen Zahlenwerthe gar kein Gewicht zu legen. Das einzig sichere Resultat ist, dass die Erregbarkeit im Gebiete des gedehnten Nerven, nach der Operation etwas herabgesetzt war.)

13. VII. Der Kranke hat wenig geschlafen wegen Schmerzen in der Wunde und in den Beinen. Die Schmerzen sind ziehend und gleichen nicht den früheren „rheumatischen." Er giebt an mit der Fusssohle im Bett besser zu fühlen, als vor der Operation, in den Beinen ein Gefühl der Schwere zu haben. Dyn.: rechts 35, links 40 Kgr. Tastkreise an den Füssen unverändert. Solche Nadelstiche in die Sohle, welche früher nicht gefühlt wurden werden richtig angegeben.

Temp. früh 7 Uhr 36,7° C., Puls 72. Nachm. 3 Uhr Temp. 37,4° C., Puls 76; Temp. Abends 7 Uhr 37,6° C., Puls 76.

14. VII. Der Kranke giebt heute nachträglich an, dass er schon im Sommer 1880 beim Turnen öfter von Schwindel befallen worden sei, dass ihm schon damals das Stehen mit geschlossenen Füssen, das Erheben auf die Fussspitzen, das Marschiren nach einem Ziel mit angelegten Händen Schwierigkeiten gemacht habe. Auch sei das rechte Bein von Anfang an schwächer gewesen als das linke. Er befindet sich heute sehr wohl, hat gut geschlafen, er hat keine Schmerzen, nur eine Art von „Zittern" in der Nähe der Wunde gehabt. Er behauptet besser zu fühlen, er könne gut unterscheiden, wenn er einzelne Fussmuskeln anspanne, die Fingerspitzen seien weniger pelzig, die Hände sicherer. Die faradische Prüfung ergiebt eine geringe Aufbesserung der Sensibilität an den Füssen.

Temp. früh 7 Uhr 36,8° C., Puls 74. Temp. Nachm. 3 Uhr 37,3° C., Puls 74. Temp. Abends 7 Uhr 37,3° C., Puls 74.

15. VII. Der Kranke hat etwas unruhig geschlafen, wegen „zitternder und ziehender" Empfindungen, welche sich im rechten Bein von der Wunde zur Ferse erstreckten. An den Füssen wird nur ein starker Druck als solcher empfunden. Drücken der Zehen mit den Fingern wird für Stechen gehalten. Dagegen werden Gläser mit kaltem und warmem Wasser an den Füssen richtig unterschieden.

Temp. früh 7 Uhr 36,7° C., Puls 72. Nachm. 3 Uhr Temp. 37,4° C., Puls 78.

16. VII. Erster Verbandwechsel. Der Befund an beiden Operationswunden wurde oben kurz angegeben. Die beiden Drains und die Nähte mit Ausnahme je 2 tiefer Nähte werden entfernt. Antisep-

tischer Verband. Die ziehenden Empfindungen sind bis auf eine Spur verschwunden. Grösse und Reaction der Pupillen verhalten sich ebenso wie vor der Operation. Ebenso die Ataxie der Hände, wiewohl der Kranke wiederholt versichert, mehr Geschick in den Fingern zu haben. Eine eingehende Prüfung der Sensibilität der Füsse ergiebt, dass nur die Temperaturempfindung, die elektrische Empfindung und das Tastgefühl eine geringe Zunahme, welche in erster Linie der Fusssohle zu Gute kommt, erfahren haben. Drucksinn, Schmerzgefühl, Localisationsvermögen sind ebenso wie vor der Operation. Dynamometer: rechts 40, links 35 Kgr.

Temp. früh 7 Uhr 36,8° C., Puls 74. Nachm. 3 Uhr 37,4° C., Puls 76.

17. VII. Pat. fühlt sich heute sehr schwach. Er hat alle 5—15 Minuten bald in den Beinen, bald in den Vorder-Armen, bald in der Brust „Zuckungen“, nicht schmerzhafter, aber unangenehmer Natur, wie er sie früher bei seinem „Rheumatismus“ gehabt hat.

Temp. frühe 7 Uhr 36,8° C., Puls 75. Nachm. 3 Uhr 37,7° C., Puls 75.

18. VII. Heute Wohlbefinden, doch immer noch von Zeit zu Zeit „Zuckungen“ in beiden Beinen. Die faradische Prüfung ergiebt etwa dieselbe Sensibilität, wie am 14. VII.

Temp. früh 7 Uhr 36,6° C., Puls 72. Nachm. 3 Uhr Temp. 37,3° C., Puls 79.

19. VII. Verbandwechsel. Befund an beiden Operationswunden oben kurz erwähnt. Beiderseits werden die beiden letzten tiefen Nähte entfernt; kein antiseptischer Verband mehr; Heftpflasterstreifen.

Immer noch hie und da „Zuckungen.“ Beim *Versuch* zu stehen und zu gehen zeigt sich, dass Pat. nur einen Augenblick allein stehen kann, schwankt und zu fallen droht. Der Gang ist unbeholfener als je, doch giebt der Kranke an, den Boden besser als früher unter den Sohlen zu fühlen.

Temp. früh, 7 Uhr 36,8° C., Puls 74. Nachm. 3 Uhr 37,4° C., Puls 84.

20. VII. Pat. steht auf und bleibt den ganzen Tag ausser Bett. Wohlbefinden. Der Kranke wird beim Stehen blass, bekommt eine Ohnmachtsanwandlung. Selbständiges Gehen ist noch unmöglich.

Temp. früh 36,6° C., Puls 77. Temp. Nachm. 3 Uhr 37,3° C., Puls?

21. VII. Pat. wird mit Rücksicht auf beide Operationswunden so gut als geheilt entlassen. Die Wunden sind, wie oben erwähnt, bis auf die flächenhaft granulirenden beiden Drainstellen bis auf eine 2½ Ctm. lange und ½ Ctm. breite granulirende Fläche in der linksseitigen Nahtlinie geheilt. Heftpflasterverband.

22. VII. Der Kranke kommt in die Wohnung M's., der Weg (ca. 20 Minuten) ist ihm nicht schwer geworden. Er giebt an, die Fusssohle fühle besser als früher, doch empfinde er im Unterschenkel eine früher unbekannte Schwere. Er könne (beim Waschen etc.) besser stehen, als früher. Empfindungen in den Beinen habe er seit 19. VII. nicht wieder gehabt.

Das Kniephänomen fehlt. Der Cremasterreflex ebenso. Der Bauchreflex ist nur auf der rechten Seite deutlich. Die Hautreflexe sind sehr schwach.

Die grobe Kraft der Beine ist entschieden geringer als vor der Operation und zwar sind auch jetzt die Beugebewegungen weniger kräftig als die Streckbewegungen. Druck der Hände am Dynamometer rechts = 50, links = 55 Kgr. Die Sensibilität des Kopfes und der Arme ist unverändert. Die Sensibilität der Füsse und Unterschenkel ist gesteigert d. h. der Rollenabstand ist bei faradischer Erregung des Empfindungsminimums um durchschnittlich 2 Ctm. grösser. Die Empfindlichkeit der tiefen Theile scheint unverändert zu sein, der Kranke weiss auch jetzt bei geschlossenen Augen nicht immer, ob sein Bein in die Höhe gehoben wird oder nicht. Die Muskulatur der Beine ist noch ebenso schlaff wie früher. Der Umfang derselben ist ebenfalls unverändert.

Aus den Aufzeichnungen über den weiteren Verlauf (bis zum 10 Okt. a. c.) soll nur folgendes bemerkt werden: Der Umfang der Beine ist derselbe geblieben, die Muskulatur ist im gleichen Maasse schlaff wie früher. Die galvanische Erregbarkeit der Nn. peronei ist dieselbe wie vor der Operation. Die Ataxie ist für den Beobachter ebenfalls unverändert, Gang, Bewegung der Füsse im Liegen, Greifbewegungen der Hände sind so wie sie oben beschrieben wurden. Doch behauptet Pat. in seinen Bewegungen sicherer als früher zu sein. Die Kraft der groben Bewegungen hat allmählig zugenommen und ist jetzt deutlich grösser als vor der Operation. Hierzu ist zu bemerken, dass Allgemeinbefinden und Aussehen ebenfalls besser als vor der Operation sind, dass aber Pat. sich auch reichlicher genährt hat, insbesondere seit seiner Entlassung täglich 1 Liter Milch getrunken hat.

Das Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Füssen hat entschieden abgenommen. Pat. schwankt zwar noch stark, wenn er die Augen schliesst, kann sich aber doch dabei aufrecht erhalten, was vor der Operation nicht möglich war.

Die oft mittelst des faradischen Stromes geprüfte Sensibilität der Füsse blieb im Gleichen bis zum 22. VIII. An diesem Tage gab Pat. an, dass er zum ersten Male wieder Schmerzen, die seinen früheren „rheumatischen“ glichen, gehabt habe. Dieselben seien durch mehrere Tage stundenweise in beträchtlicher Heftigkeit aufgetreten. Am 22. VIII. war die Anästhesie der Füsse wieder so stark, wie vor der Operation, es wurde auf der Sohle u. a. nichts empfunden bei vollständigem Uebereinandergeschobensein beider Rollen.

Auch die Empfindlichkeit gegen andere Reize, Kneipen, Stechen, Drücken etc., war wieder vermindert. In den nächsten Wochen traten häufig Schmerzanfälle in Händen, Armen und Brust, doch nicht in den Beinen auf. Am 26. IX. war die Sensibilität wieder wie am 22. VII. d. h. der durch die Operation erlangte Zuwachs an Empfindlichkeit hatte sich wieder eingestellt, an Füssen und Unterschenkeln wurde der faradische Strom bei einem um 2—3 Cm. grösseren Rollenabstand empfunden, als vor der Operation. Auch die übrigen Empfindungsqualitäten zeigten einige Besserung, Nadelstiche, Finger-

druck, Temperaturunterschiede etc. wurden bei einiger Intensität in den meisten Fällen als solche erkannt und durchaus richtig localisirt. Auch passive Stellungsänderungen der Beine wurden bei geschlossenen Augen jetzt meist richtig beurtheilt. Wenn nach alledem eine Verminderung der Anästhesie der Füsse durch die Operation nicht zu bezweifeln ist, so ist doch diese Verminderung eine geringe und nur durch aufmerksame Untersuchung nachweisbar. Auf sie dürfte die Verminderung des Schwankens bei Augenschluss zurückzuführen sein. Pat. selbst versichert mit voller Entschiedenheit, dass er den Boden besser fühle, als früher. Die Empfindlichkeit vom Knie an aufwärts ist nach der Operation jederzeit dieselbe wie vor der Operation gewesen.

Parästhesien der Beine hat Pat. gegenwärtig nicht. Die nach der Operation beklagte Empfindung von Schwere in den Unterschenkeln hatte sich schon am 15. VIII. gänzlich verloren. Dass die lanzinirenden Schmerzen auch nach der Operation wieder aufgetreten sind, ist oben schon erwähnt.

Am 15. VIII. gab Pat. an, dass er beim Uriniren ein kribbelndes Gefühl empfinde, was von der Harnröhre ausgehe, sich über den ganzen Körper verbreite und an Wollust erinnere. Diese Empfindung bestand durch mehrere Wochen und verlor sich dann. Am 26. IX. klagte Pat., er habe viel Harn- und Stuhldrang, und zeitweilig tröpfle der Urin ab.

Eine Steigerung des Geschlechtstriebes wollte Pat. nicht bemerkt haben, derselbe sei träge wie früher.

Stellen wir schliesslich den Befund vom 10. X. dem vom 8. VII. kurz gegenüber, so ergiebt sich, dass die Ataxie, die Muskelerregbarkeit, das Verhalten der Reflexe unverändert sind, dass die Sensibilität beider Beine vom Knie abwärts, besonders an der Sohle, um ein geringes gebessert ist, dass die grobe Kraft der Beine ebenfalls um ein geringes gesteigert ist, dass Pat. etwas sicherer und ausdauernder zu gehen behauptet, dass die lanzinirenden Schmerzen nach der Operation wiedergekehrt sind, dass die Affection der Blase neuerdings Fortschritte zu machen scheint.

Die Dehnung beider Ischiadici bewirkte also in unserem Falle keine *wesentliche* Aenderung des vorhandenen Krankheitszustandes. Dem Patienten nunmehr noch die Dehnung der nervi crurales nach dem Vorgange von Langenbuch u. A. vorzuschlagen, dazu konnten wir uns nicht entschliessen.

Es fragt sich, ob in unserem Falle kräftig genug gedehnt worden ist. Wir glauben ja! Wir erwähnten oben, dass an den beiden Nerven so lange in centraler Richtung gezogen wurde, bis ein deutliches Nachgeben derselben constatirt werden konnte resp. bis ihre Länge so weit zugenommen hatte, dass eine halbe Acht geschlungen werden konnte. Es wäre durchaus wünschenswerth, bezüglich des Maasses der Dehnung genaue Zahlenangaben zu besitzen. Auch wir glauben, dass kräftig gedehnt werden muss, besonders z. B. auch bei Neuralgieen, wo man ja bemerkenswerthe Erfolge durch Nervendehnung erzielte. Dr. T. dehnte am 4. Febr. vorigen Jahres wegen heftiger Neuralgien im ganzen linken Arme von der Achsel-

höhle und der Acromialgegend ausstrahlend, den plexus brachialis mit Erfolg. Die Neuralgie war nach Contusion der Schultergelenkgegend entstanden und bestand seit mehreren Monaten. Bis heute sind die Schmerzen, welche den Patienten Tag und Nacht quälten, nicht wiedergekehrt. Diese *schmerzstillende* Wirkung der Nervendehnung ist ja bekanntlich auch bei der Tabes zur Genüge beobachtet worden. Ob aber die Nervendehnung im Stande ist, den Verlauf der Tabes in nennenswerthem Grade zu beeinflussen, dürften erst weitere Erfahrungen lehren.

II. Referate.

490) **Elias** (Breslau): Ueber eine doppelseitige Dehnung des Nervus Ischiadicus bei vorgeschrittener Tabes.

(Breslauer Aerztliche Zeitschrift 1881. 21.)

Kaufmann K., verheirathet, 48 Jahre alt, aus gesunder Familie, ist bis auf eine leichte Erkrankung an Varioloiden im Jahre 1855, stets gesund gewesen. Vor vier Jahren zeigten sich zuerst Schmerzen in den Zehen beider unteren Extremitäten. Mehrere Monate später trat hierzu ein permanenter Druck in der Magengegend, der in gürtelförmige Schmerzen ausartete; zuweilen fanden sich aber auch schon Congestionen nach dem Kopfe; doch will der Kranke noch keine Unsicherheit in seinem Gange bemerkt haben. Im Jahre 1878 hielten diese Erscheinungen unverändert an; eine rheumatische Affection im linken Deltoideus verlor sich nach 14tägiger Dauer durch Massage und Inductionselektricität. Seit 1879 datirt die Verschlimmerung seines Zustandes. Der Gang wurde bei Tage unsicher, im Finstern war er kaum möglich; letztere Erscheinung war im geringerem Grade schon seit vielen Jahren von ihm beobachtet worden. Der Stuhlgang wurde träger, das Urinlassen beschwerlicher; die in den letzten Jahren verminderte sexuelle Potenz verlor sich gänzlich; es traten öfter nächtliche Pollutionen ein; nach denen sich stets grosses Schwächegefühl einstellte. Allmählich trat auch Doppelsehen ein, das nach genauer Untersuchung seinen Grund in einer Abducens- und Oculomotoriuslähmung am rechten Auge hatte; nebenbei bestand eine sehr beträchtliche Verengung beider Pupillen und Trägheit, selbst auf starke Lichteindrücke zu reagiren; der Patellarreflex war gleichfalls verschwunden. Der Gang wurde von Monat zu Monat unsicherer und schleudernd, so dass Patient beständig nach seinen Füssen sehen musste, um sich überhaupt nur stehend und gehend zu erhalten. Im April 1879 begann er mit kalten Abreibungen, die ihm sehr wohl thaten, und eine darauf in Grätenberg fortgesetzte Kaltwasserkur besserte seine Gehfähigkeit in so auffallender Weise, dass er nach 6 Wochen weitere Spaziergänge ohne Unterstützung machte, während er bei seiner Ankunft im Bade kaum 50 Schritte weit gehen konnte. Angeblich in Folge eines grossen Schreckes in der Nacht war die Besserung seiner Gangart am nächsten Morgen verschwunden und sein Zustand war nach seiner Rückkehr aus Gräfenberg in der That schlechter als zuvor. Trotz aller angewendeten Mittel — constanter Strom, Jodkali, Arg. nitr., Bromkalium, Arsen, Bäder etc. — wurde derselbe allmählich schlimmer und K. konnte im vorigen Jahre auch nicht mehr mit zwei Stöcken und nur durch kräftige Unterstützung an beiden Armen wenige Schritte machen. Der Urin konnte nur durch den Katheter gelassen werden; der Stuhl war an-

dauernd retardirt. Ende 1880 stellten sich zuerst krampfartige Zusammenziehungen der Muskulatur im rechten Beine ein, die nach einigen Wochen so schmerzhaft wurden, dass sie dem Kranken jegliche Nachtruhe benahmen. Er kam in Folge dieser Schmerzen sehr herunter und bot Anfang Mai dieses Jahres folgenden Status: Er ist blass, mager, hat einen leidenden Gesichtsausdruck und eine heisere hohe Sprache. Das Sensorium ist frei. Beide Pupillen sind eng, ohne Reaction; Augenmuskellähmung besteht noch immer. An beiden oberen Extremitäten sind atactische Symptome; die Sensibilität ist vermindert. Der Katheter kann wegen Mangel des richtigen Gefühls in beiden Händen von dem Kranken nicht mehr selbst eingeführt werden. Der Händedruck ist noch ziemlich kräftig. Die Muskulatur der beiden unteren Extremitäten ist schlaff, weich; doch werden die einzelnen Bewegungen noch langsam ausgeführt; an den Muskeln selbst sind beständig fibrilläre Zuckungen sichtbar. Die Reflexerregbarkeit ist vollkommen erloschen; die Sensibilität sehr gering. Es werden nur tiefe Nadelstiche einzeln empfunden; niemals zwei auf einmal, selbst in einer Entfernung von 20 cm von einander; auch werden durch die Nadelstiche keine Muskelzuckungen ausgelöst. Patellarreflex fehlt. Der Gehact ist unmöglich. Wenn K. durch zwei kräftige Personen unterstützt wird, hebt er unter Controle seiner Augen die Beine abwechselnd schleudernd in die Höhe, die dann durch rasche Hyperextension im Knie gestreckt werden; indessen wird der Fussboden gar nicht gefühlt. Bei geschlossenen Augen kann die Lage der Beine nur unsicher bestimmt werden. Der Kranke klagt hauptsächlich über fortwährende schmerzhafte Krämpfe im rechten Beine, die sich blitzartig von der Hüfte bis nach den Zehen hin fortsetzen; sie sind oft so heftig, dass er das Gefühl habe, als ob ihm das ganze Bein aus der Pfanne gerissen würde. Man kann thatsächlich solche Contractionen in den einzelnen Muskelgruppen von Oben nach Unten mit grosser Geschwindigkeit sich wellenförmig fortbewegen sehen; selbst die Zehen werden krampfartig zusammengezogen. Seit mehreren Monaten wird der Kranke noch von krampfartigen Hustenanfällen belästigt; der Appetit ist gut, Stuhl nur durch Lavements zu erzielen, Urin hell. In der Unterbauchgegend besteht permanent ein schmerzhaftes Gefühl von Zusammenziehen.

Nach diesen Erscheinungen und nach dem Verlaufe derselben war die Diagnose einer vorgeschrittenen typischen Erkrankung der Hinterstränge des Rückenmarks — Tabes dorsalis — unzweifelhaft, und es wurde nun bei der Nutzlosigkeit aller bis dahin angewandten Mittel und dem weit vorgerückten Stadium der Erkrankung eine Dehnung der beiden Ischiadici, die der Kranke absolut forderte, vorgenommen.

Verf. operirte den rechten Nerven hoch oben. *Er begann den Hautschnitt am unteren Rande des Glutaeus und führte ihn in der Verlängerung des Nerven in einer Länge von 10 cm. nach Oben.* Nach Trennung der starken Fascie schnitt er quer durch die Glutaeen hindurch, bis der Ischiadicus freigelegt war. Das obere Ende des Schnittes reichte noch 1 cm über die Stelle, wo derselbe aus dem Becken heraustritt.

Nachdem die Nervenscheide in einer Ausdehnung von 5 cm geöffnet war, wurde der Nerv, welcher eine weisse glänzende Farbe hatte, isolirt, erfasst und zuerst peripherisch 3 mal so kräftig angezogen, dass sich die Zehen bewegten; mit derselben Kraft wurde hierauf der Zug central ausgeführt, und endlich der circa 130 Pfund

schwere Kranke 3 *mal an seinem Ischiadicus sanft vom Operationstische in die Höhe gehoben,* ohne dass sich eine Schlinge gebildet hatte, wie dies beim Leichenexperiment meist zu geschehen pflegt. Eine derartige Dehnung eines Nerven erscheint im ersten Augenblick, besonders für den Zuschauer, ein brüskes Verfahren zu sein und man ist zu der Annahme geneigt, dass eine Zerreissung desselben eintreten könnte. Diese Befürchtung wird sofort hinfällig, wenn man das feste derbe Gewebe des Nerven und seine Dicke, die der eines kleinen Fingers fast gleicht, in Erwägung zieht. Den linken Ischiadicus legte Verf. nach der gewöhnlichen Methode durch einen 10 cm langen Schnitt bloss und dehnte ihn ganz in derselben Weise wie den rechten. Sein Aussehen war ebenfalls weiss glänzend, die Scheide weder verdickt noch adhaerent. Als Patient aus der Narkose erwachte, hatte er in beiden Wunden heftige Schmerzen.

Am folgenden Tage, am 22. Mai, nach einer ziemlich guten, schmerzlosen Nacht, bekam er wieder Schmerzen im rechten Bein, klagte über Brennen in der rechten Wunde, über Durst und Brechneigung. Temperatur 38,4, Puls 84. Am 23. Mai Temperatur 37,9, Puls 80. Die Nacht verlief schmerzlos; auch während des Tages keine Krämpfe, nur einzelne Zuckungen in der rechten Sohle. Brechneigung hat aufgehört, Bouillon und Milch wird gut vertragen. Das Kitzeln der Sohlen, welches vor der Operation gar nicht empfunden wurde, wird schon deutlich gefühlt. Als die Lage der Beine geändert wurde, trat Nachmittags der erste kurze Krampfanfall rechterseits auf, und im Laufe der folgenden Nacht noch einige Male während starker Hustenstösse. Auch am 24. wiederholten sich einige Male leichte krampfartige Zuckungen im rechten Bein, mit dem Gefühle, als ob der Kranke auf seinem Becken hin und her schwanke. Temperatur 37,4 Puls 80. Am 26. Mai, wo nur ein Hustenanfall mit gleichzeitigem Muskelkrampf eintrat, wird der erste Verband gewechselt. Beide Wunden sind trocken, blass, verklebt, ohne Eitersecretion. Die beiden Wunden schmerzen nach dem Verbande mehr als sonst. Trotzdem war die Nacht zum 27. Mai ziemlich ruhig. Temperatur Mittags 38,2, Puls 85. Durch zwei Löffel Ricinusöl erfolgte reichlicher Stuhl und baldiger Temperaturabfall auf 37,7. Wegen starker Verunreinigung des Verbandes bei der Defaecation muss derselbe am 28. gewechselt werden; es zeigte ich dabei die rechte Operationswunde trocken, ohne jede Absonderung und fest verklebt, die linke etwas geröthet, secernirt eine röthliche dünne Flüssigkeit. Es werden sämmtliche 20 Nähte aus beiden Wunden entfernt, ebenso das Drainrohr aus der rechten, hierauf ein Salicylwatteverband angelegt. Am 29. Temperatur 37,7, Puls 80. Krampfanfälle sind in den letzten 48 Stunden nur zweimal, bei Gelegenheit von Hustenanfällen aufgetreten. Der Kranke ist indessen nervös aufgeregt und hat einzelne blitzartige Zuckungen vom Rücken aus nach beiden Extremitäten bekommen, so dass Morphium gegeben werden musste.

Am 30. und 31. blieb der Zustand ziemlich derselbe. Die Temperatur stieg nicht über 38 und war des Morgens 37,5.

Am 1. Juni, ist die Wunde am unteren Rande in einer Länge von 3 cm geplatzt; Temperatur 37,2, Puls 80; weder Muskelkrämpfe noch Hustenanfälle. In den folgenden Tagen waren wieder einige heftige Hustenanfälle, doch nur ganz unbedeutende Muskelzuckungen.

Am 4. wurde die Sensibilität an beiden Beinen geprüft und es wurde eine bedeutende Zunahme derselben constatirt. Steckna-

delstiche werden jetzt am Fussrücken in einer Entfernung von 4—3 cm deutlich gefühlt; linkerseits ist die Sensibilitätszunahme noch etwas grösser. Die Patellarreflexe sind nicht vorhanden. Bei Prüfung derselben hat sich kein Muskelkrampf eingestellt. Temperatur Morgens 36,7 Abends 37,5.

Am 5. Verbandwechsel, da der Kranke in der linken Wunde Schmerzen hat; dieselbe ist zum grossen Theile aufgeplatzt, sie wird durch 6 Nähte geschlossen, drainirt und in der gewöhnlichen Weise weiter behandelt. Die rechte Operationswunde ist bis auf eine erbsengrosse Stelle am unteren Ende fest vernarbt und erhält nur einen leichten Schutzverband; während der Heilungsprocess linkerseits langsam vor sich ging und die Wunde andauernd frisch blieb und bis zur vollendeten Heilung keine Reaction zeigte.

Verf. resumirt in folgender Weise:

Es ist zu constatiren:

1. Ein bedeutender Nachlass der Muskelkrämpfe im rechten Beine. Wenn auch jetzt ab und zu Muskelcontractionen rechterseits vorhanden sind, so haben sie doch nur kurze Dauer, geringe Intensität und sind wenig schmerzhaft, so dass der Kranke nur selten zum Morphiumgebrauch veranlasst wird, während er vor der Operation zur Schmerzenslinderung täglich mehrere Male bis 0,01 Morphium verbrauchte, ohne vollständig schmerzfrei zu sein.

2. Die Sensibilität hat an beiden unteren Extremitäten bedeutend zugenommen. Die Probe mit den Nadelstichen ist noch ziemlich dieselbe und der Kranke hat auch ein anderes Gefühl in seinen beiden Beinen als früher.

3. Die Patellarreflexe sind noch nicht vorhanden.

4. Der Gang bei kräftiger Unterstützung ist noch ebenso atactisch wie vorher.

5. Auf die Ataxie der oberen Extremitäten hat die Dehnung keinen Einfluss gehabt. Erlenmeyer.

---

491) Zur Nervendehnung bei Tabes dorsalis.

(Deutsche Med. Z. 1881. 44.)

In der Sitzung des Vereins für innere Medicin zu Berlin am 31. October d. J. fand über die Frage der Nervendehnung bei Tabes dorsalis folgende Discussion statt:

Behrendt berichtet über einen Fall von Nervendehnung bei einem Pat., den er seit dem Jahre 1878 beobachtet hat. Damals klagte Pat. über abnorme Schwäche, das Kniephänomen war nicht vorhanden. Urinretention etwas behindert; keine Ataxie, keine Spur einer Sensibilitätsstörung. Im Laufe der Jahre besserte sich unter der verschiedenartigsten Behandlung sein Zustand zeitweilig, aber die objectiven Erscheinungen blieben dieselben. Zuletzt veranlassten ihn die gesteigerten Schmerzen, sich der Operation zu unterwerfen. Dehnung beider Crurales und Ischiadici von Langenbuch Ende Juli d. J. Einige Tage nach der Operation abnorme Empfindung von Kriebeln, Schneckenlaufen, Längerwerden der Beine etc. Als Pat. nach 14 Tagen aufstand, *war er entschieden schwä-*

cher und konnte nicht mehr so gut gehen wie früher. B. hat hauptsächlich *das elektrische Verhalten* des Pat. geprüft gegenüber dem Inductions- und constanten Strom und er fand bei ungetrübter Fähigkeit zur Ausführung aller Bewegungen eine *enorme qualitative Herabsetzung der Erregbarbeit,* die bis heute anhält. Der *Gesammtzustand ist nicht erheblich gebessert.* Das Nachlassen der Schmerzen hielt nur einige Wochen an, jetzt sind dieselben nur höher hinauf geschoben in Form von heftigen Interkostalneuralgien. Der Urin wird etwas länger zurückgehalten. — B. ist ferner ermächtigt, die vom dirigirenden Arzt des Stettiner Krankenhauses, Dr. Wegner mit Nervendehnung erzielten Resultate mitzutheilen. Derselbe hat bei 11 Tabikern jedesmal die 4 grossen Nerven gedehnt. Indessen waren seine Kranken schon sehr lange leidend und hochgradig ataktisch. In den nächsten Tagen nach der Operation war der Erfolg stets ein noch schlechterer, dann aber nach 10—14 Tagen besserte sich die Empfindung und es gelang, einzelne Kranke wieder auf die Krücken zu bringen, was früher nicht möglich war. Dieses Resultat hielt jedoch auch nur 4 Wochen an, und *nach 5—6 Wochen war jede Spur einer Besserung verschwunden.* — Bei 2 Paralytikern hat W. auch beide Hypoglossi gedehnt und gar keinen Erfolg gesehen, ebenso wenig von Nervendehnung in der Axelhöhle einer Patientin, die linksseitig hemiplegisch war.

Goldtammer hat nur einen einzigen Fall gedehnt. Derselbe betrifft einen 50jährigen sehr kräftigen Mann, bei dem G. bereits vor 4 Jahren die Diagnose auf Tabes dors. stellte. Seitdem hat sich das Leiden langsam und stetig verschlimmert, Pat. verlangte absolut die Nervendehnung, und da er Vater von 10 Kindern ist, entschloss sich G. endlich dazu, den Versuch einer Besserung resp. Heilung zu machen. Pat. ist seit 8 Tagen ausser Bett. Die Sensibilität war vorher nur sehr gering herabgesetzt, heute ist sie vollkommen ebenso. Die lancinirenden Schmerzen waren vorher sehr erheblich, jetzt sind sie um eine Spur geringer. Was die Motilität betrifft, so hat *die Ataxie ausserordentlich zugenommen.* Pat. konnte früher grosse Strecken ohne Beschwerden laufen, jetzt ist er kaum im Stande, ohne Unterstützung durch das Zimmer zu gehen. Ob dieser Zustand sich noch bessern wird, bleibt abzuwarten.

Israel hat über 3 Fälle von Nervendehnung Erfahrungen gesammelt. Der erste war einer der hochgradigsten Fälle von Tabes: Die Ataxie war so gross, dass Pat. kaum mit Unterstützung stehen konnte. Nur widerstrebend gab I. dem Drängen des Pat. endlich nach, die Nervendehnung vorzunehmen. *Das Resultat war, dass gar kein Erfolg erzielt worden ist.* Pat., ein grosser Sanguiniker, glaubte bald nach der Operation, eine Besserung zu verspüren, allein nach einer Badekur in Franzensbad kam er so schlecht zurück, als er hingegangen. Dieser Mann war vor 20 Jahren syphilitisch gewesen. — Ein zweiter Fall betrifft einen jungen Mann von 36 Jahren mit ausserordentlich gut erhaltener grober motorischer Kraft. Auch er war vor 10 Jahren syphilitisch. *Die Dehnung beider Ischiadici hatte einen schlechten Erfolg.* Die grobe motorische Kraft hat er-

heblich abgenommen, die Ataxie ist stärker geworden, das Ermüdungsgefühl ist so erheblich, dass Pat., der früher noch seinen Pflichten als Landwirth nachgehen konnte, dies nicht mehr vermag. Auch hier war der psychische Einfluss ein sehr grosser. — Der eigenthümlichste Fall ist der dritte. Er betrifft einen alten Tabiker, an dem I. seit 4 Jahren Gürtelgefühl, Analgesie des ganzen Körpers, minimale Empfindlichkeit und höchst geringes Lokalisationsvermögen beobachtet. Dieser Pat. ist Jahre lang mit den verschiedensten Mitteln erfolglos behandelt worden. Die Dehnung wurde vor 3 Monaten nur an einer Seite vorgenommen. *Resultat: Die Analgesie und Anästhesie verschwanden wie mit einem Blitzschlage.* Pat. hat die vollständigste, feinste Sensibilität und feinstes Lokalisationsvermögen, sowie die Fähigkeit der Unterscheidung zwischen Warm und Kalt wiedererlangt. Dieser Mensch, der mit offenen Augen hinschlug, wenn man ihn nicht festhielt, kann jetzt weite Strecken durch die Stadt zurücklegen, ohne dass man ihm den Tabiker ansieht. Es scheint danach nicht auf die Massenhaftigkeit der Dehnung, sondern auf die Qualität der Fälle anzukommen.

Litten: Auf der diesjährigen Naturforscherversammlung in Salzburg ist auch die Frage der Nützlichkeit der Nervendehnung bei Tabes besprochen, und aus allen Theilen Deutschlands sind Mittheilungen gemacht worden. Der allgemeine Eindruck der Diskussion war der, dass Niemand der Anwesenden über günstige Resultate zu berichten hatte. Die ataktischen Erscheinungen waren, — darüber war man einig — nicht gebessert worden. In vielen Fällen gaben die Collegen an, dass die Sensibilität sich gebessert hätte, allein auch diese Besserung hat nicht auf die Dauer angehalten.

Strassmann hat dieser Tage im Lazaruskrankenhaus einen von Langenbuch operirten Patienten gesehen. Der Kranke war wohlauf und versicherte, dass die Tabes vor 7 Jahren bereits constatirt und die Diagnose auch von Esmarch in Kiel bestätigt worden sei. Die ataktischen Erscheinungen sind vor der Operation in hohem Grade vorhanden gewesen, er hat ausserordentlich viel Schmerzen während der Nacht gehabt, konnte ohne Morphium nicht schlafen. Der Operirte ging eine grosse Strecke des Zimmers ohne irgendwelche Anstrengung; ataktische Erscheinungen sind S. nicht aufgefallen. Der Kranke ist nach seiner Versicherung jetzt schmerzfrei und schläft ohne Morphium.

Leyden: Nach dem Gehörten ist es wohl nicht nöthig, ein Resumé zu geben über die Erfolge und den Werth der Nervendehnung bei Tabes. L. zweifelt nicht an der Wahrhaftigkeit der Berichte von Langenbuch, doch ist die Frage die, ob diese Berichte einer strengen Kritik Stand halten in Bezug auf Diagnose und Dauer des Erfolges. Er habe sich bemüht zu zeigen, dass leicht Illusionen von Seiten der Kranken mitspielen, und die psychische Aufmunterung an den Erscheinungen der Erfolge Schuld ist. L. verwahrt sich schliesslich gegen den Vorwurf, als ob er mit der Kritik gegen die Nervendehnung bei Tabes sich gegen die Nervendehnung überhaupt gewendet hätte, er ist vielmehr der An-

sicht, dass z. B. bei Facialiskrämpfen die Nervendehnung nützlich sei. Er selbst habe eine junge Dame mit Facialiskrampf behufs Nervendehnung an Hrn. Hahn gewiesen und der Erfolg ist seit 2 Monaten ein recht günstiger. Die Facialislähmung ist fast vollständig verheilt, dagegen der Krampf gänzlich verschwunden.

Bernhardt erwähnt, dass ihm vor kurzem auf Empfehlung von Langenbuch ein älterer Mann zugesandt sei mit der Frage, ob er eine Nervendehnung empfehlen würde, L. hatte dies, weil die Erkrankung nicht für Tabes zu halten sei, abgelehnt. B. musste die Ansicht L.'s ebenfalls bestätigen. Der Pat. war von einem Collegen aus der Provinz nach Berlin geschickt und durch die Vorstellung, dass die Dehnung absolut die einzige Rettung für ihn sei, gewissermassen gemüthskrank geworden; er wollte unter allen Umständen gedehnt werden, war aber schliesslich doch erfreut über die günstige Prognose ohne Dehnung. B. betont diesen Fall deswegen, weil man in der Kritik durchaus darauf Rücksicht nehmen muss, was für ein Fall vorgelegen hat.

---

492) **J. L. Prevost:** Versuche über die Nervendehnung und Neuritis. (Revue médicale de la Suisse Romande, Heft 8, 1881. — Centralbl. f. clin. Med. No. 22, 1881.)

Verf. ist bezüglich der neuerdings bei einer so grossen Zahl von Nervenkrankheiten empfohlenen Nervendehnung der Ansicht, dass hauptsächlich die guten Erfolge veröffentlicht, *die negativen Resultate dagegen zum grössten Theil verschwiegen worden sind*, so dass die Casuistik, die wir bis jetzt besitzen, noch keineswegs zu einem endgiltigen Urtheile über Indicationen, Werth etc. der Operation berechtigt. Auch habe man bis jetzt zu wenig versucht, durch exacte physiologische Experimente und anatomische Untersuchungen die Art und Weise zu erklären, wie die Nervendehnung wirkt, welche Veränderungen sie in dem gedehnten Nerv hervorruft, ob auch andere Nerven des Körpers durch sie in nachweisbarer Weise modificirt werden etc.

Verf. hat eine Reihe einschlägiger Versuche am Meerschweinchen angestellt (er hat dieses Thier gewählt, weil es ein so fein reagirendes Nervensystem besitzt). Es ist aus den Versuchen von Brown-Séquard, Westphal und Anderen bekannt, dass sich bei Meerschweinchen durch Resection oder einfache Durchschneidung eines Ischiadicus, sowie durch halbe oder vollständige Durchschneidung des Rückenmarks epileptische Zustände hervorrufen lassen; in den 3 ersten Fällen ist die Epilepsie einseitig, im letzten doppelseitig; die ersten Anfälle treten meist 18 bis 20 Tage nach der Operation ein. Besonders leicht erzeugt werden dieselben durch Kneifen oder Frottiren der sog. epileptogenen Zone Brown-Séquard's, welche die Wange, den oberen Theil der Schulter und des Nackens der operirten Seite umfasst und sich durch erheblich verminderte Sensibilität auszeichnet. Bei der Untersuchung der diese Zone versorgenden Nerven (N. infraorbitalis, Plexus cervicalis superficialis) hat Verf. mehrfach entzündlich veränderte Fasern gefunden. Er hat nun den Einfluss studirt, welchen die Nervendeh-

nung bei solchen künstlich erzeugten epileptischen Zuständen hat; im Ganzen sind seine Resultate negativ. Unter 18 Fällen, wo er den durchschnittenen Ischiadicus selbst dehnte, war 15 Mal absolut kein Erfolg zu constatiren. In einem Falle trat nach der Dehnung Heilung, darauf ein Recidiv mit spontaner Heilung ein; an demselben Thier wurde einige Monate später durch die Durchschneidung des Ischiadicus der andern Seite auf's Neue Epilepsie hervorgerufen, auf welche die Dehnung ohne jeden Erfolg blieb. In einem zweiten Falle trat Heilung ein, zugleich mit der Dehnung war aber auch die Exstirpation eines an der Durchschnittsstelle entstandenen Neuroms gemacht worden, und lässt es Verf. dahingestellt, in wie weit diese Operation auf das Verschwinden der epileptischen Anfälle von Einfluss gewesen ist. In einem 3. Falle trat nach anfänglicher Heilung ein Recidiv ein. 4 Fälle von Dehnung des Ischiadicus der gesunden Seite und 4 Fälle von Dehnung des Plexus brachialis hatten keinen Erfolg. 2 Mal bewirkte Dehnung des N. infraorbitalis und des Plexus cervic. superf. Heilung, 2 Mal nicht. Da nun Verf. in mehreren Fällen auch spontane Heilung der künstlichen Epilepsie der Meerschweinchen constatiren konnte, so kommt er zu folgenden *Schlusssätzen:*

1) die künstlich erzeugte Epilepsie beim Meerschweinchen ist einer spontanen Heilung fähig; sie kann auch Monate und Jahre dauern, die Anfälle werden dann allmählig immer seltener und sind schwieriger hervorzurufen.

2) Der Einfluss der Dehnung verschiedener Nerven auf den Krankheitsprocess ist fast gleich Null.

3) In den Fällen einseitiger, durch Ischiadicusdurchschneidung hervorgerufener Epilepsie sind Veränderungen in einzelnen Nerven der entsprechenden Körperhälfte zu constatiren, welche man als Folgen einer aufsteigenden Neuritis ansehen kann.

4) Die von Brown-Séquard und Quinquaud beobachtete Modification der Sensibilität eines Nerven durch Dehnung eines andern ist nicht constant.

---

493) **Arpád Bòkai** (Budapest): Ueber den Einfluss des Gehirns und Rückenmarks auf die Körpertemperatur.

(Vortr. i. d. K. Ges. d. Aerzte i. Budapest am 29. October 1881. Pest. med.-chir. Presse 45. 1881.)

Vortr. erwähnt, dass unsere Kenntnisse über die wärmeregulirende Fähigkeit des Gehirns nur mangelhaft sind. Er führt die einschlägigen Arbeiten von Tscheschichin, Eulenburg und Landois an und weist nach, dass dieselben zu keinem acceptablen Resultat führen. Auf seine eigenen Experimente übergehend, gibt Vortr. an, dass nach Abtragen beider grossen Hirnhemisphären im Niveau der Rindensubstanz bald darauf im Rectum eine bedeutende Temperatursteigerung eintrat, welche bis zum Tode des Thieres anhielt. Dasselbe beobachtete er, wenn er die graue Substanz der Hirnhemisphären, so weit dies möglich war, mit glühendem Eisendraht zerstörte. Wurde nur die vordere Hälfte der grauen Substanz zerstört, so trat keine Temperatursteigerung ein, wohl aber

nach Zerstörung der hinteren Hälfte. Dass diese Temperatursteigerung nicht Folge einer Entzündung ist, beweisen die Versuche, bei welchen er die Hirnrinde mit flüchtigem Senföl bestrich und auf diese Weise eine Entzündung hervorrief; bei solchen Kaninchen trat eine Temperaturabnahme im Mastdarm ein, die so lange anhielt, bis in Folge der Entzündung die Hirnrinde sich eitrig infiltrirte und zerfloss, nun erst war eine geringe Temperaturerhöhung zu beobachten. Nach den Versuchen des Vortr. besitzt die Rinde der grossen Hemisphären und vielleicht nur ausschliesslich der dem Occiput entsprechende Theil die Eigenschaft Wärme zu beschränken, was entweder daher rührt, dass sich im hintern Theil der Hirnrinde solche Nervencentren befinden, die auf die im verlängerten Mark befindlichen vasomotorischen Centren einen gewissen regulatorischen Einfluss haben, oder aber enthält der erwähnte Theil der Hirnrinde vasomotorische Centren. An Hunden ausgeführte Experimente zeigten, dass wenn jener Theil der Rinde der mittleren Hirnwindung, welcher unmittelbar hinter dem sulcus coronarius liegt, mit dem Glüheisen zerstört wird, bedeutende Temperatursteigerung an den vorderen Extremitäten, jedoch an denen der entgegengesetzten Seite eintrat; wurde jedoch der mittlere und hintere Theil der mittleren Hirnwindung zerstört, so trat Temperatursteigerung an den hinteren Extremitäten, namentlich an denen der entgegengesetzten Seite ein. Bei diesen Versuchen zeigte die Mastdarmtemperatur keine Erhöhung. Diese mit der Zerstörung einhergehende Temperatursteigerung ist nach Vortr. wahrscheinlich durch eine Lähmung der Vasoconstrictoren bedingt. Vortr. hält diese Resultate für überaus wichtig, denn sie zeigen, dass wir schon im Stande sind, für einzelne Stellen des Körpers wärmeregulatorische Centren der Hirnrinde einigermassen zu localisiren. Vortr. suchte ausserdem auch solche Punkte, welche mit den Vasodilatatoren in gewissem Zusammenhange stehen und er fand auch solche, namentlich in der Rinde der mittleren Hirnwindung, wie auch in der Rinde der angrenzenden oberen und unteren Windung, beiderseits. Die Reizung dieser Punkte, auch nur mit einem schwachen Inductionsstrom, bewirkte schon auf den beiderseitigen, namentlich aber auf den anderseitigen vorderen Extremitäten eine Temperatursteigerung — manchmal um mehrere Zehntel-Grade — ohne dass sich Muskelbewegungen einstellen würden. Für die hinteren Extremitäten fand Vortr. solche Punkte noch nicht, doch existiren solche wahrscheinlich. — Nach Durchschneidung des Rückenmarks an einer beliebigen Stelle desselben tritt centrale und periphere Temperaturabnahme ein. Ursache derselben ist nach Vortr. verminderte Wärmebildung und andererseits gesteigerte Wärmeausstrahlung; Ursache der letzteren ist, dass die im Rückenmark verlaufenden pressorischen und depressorischen Nerven bei Durchschneidung des Rückenmarks von ihren Centren im Gehirn oder verlängerten Marke getrennt werden und auf diese Weise die Accomodationsfähigkeit der Gefässe der allgemeinen Decke zur Aussentemperatur aufgehoben wird.

---

494) Kundrat (Graz): Die Porencephalie.

(Graz, bei Leuschner & Lubensky, 1881, 126 Seiten kl. Lexikonformat mit 9 lithographischen Tafeln — M. 10.)

Ein stattliches Werk, durch Inhalt wie Form gleich ausgezeichnet, das jene hochinteressanten Formen von seltenen Hirndefektbildungen behandelt, die bekanntlich zuerst von Cruveilhier beobachtet und beschrieben, von Heschl näher gewürdigt, und mit dem Namen *Porencephalie* belegt wurden.

Man versteht darunter eigenthümliche durch pathologische Processe gewöhnlich während des Intrauterinlebens am Gehirne zu Stande gekommene Defekte, welche von der Grosshirnoberfläche aus meistens ein grubiges, porusartiges Aussehen darbieten, weiterhin aber die Dicke des Hirnmantels in grösserer oder geringerer Tiefe durchsetzen und so gleichsam Kanäle durch denselben darstellen, die in den ausgesprochensten Fällen den Subarachnoideal-Raum mit den Seitenventrikeln in freie Communication setzen. Zuweilen dringt der Canal nur bis an das Ependym, ja zuweilen erreicht er nicht einmal dieses, sowie er auch nach Aussen nicht immer offen und frei in die Arachnoidealhöhle mündet, sondern durch eine Arachnoideal-Decke von ihr abgeschlossen bleibt. Die canalartigen Defecte sind im Allgemeinen mit klarem Serum gefüllt.

Diese höchst sonderbaren Defectbildungen, über deren Genesis und Entwicklung bisher tiefes Dunkel schwebte, hat Kundrat zum Gegenstande einer monographischen Bearbeitnng gemacht, die mit ebensoviel Fleiss als Geschick durchgeführt ist und in jeder Hinsicht als sehr gelungen erscheint. Lichtvolle Darstellung, fliessende Diction, scrupuloes genaue anatomische Angabe über Sitz und Ausbreitung der Defekte, sowie auch ein vollständiges Vertrautsein mit den neueren neuro-pathologischen Errungenschaften bekundende kritische klinische Analyse und vor Allem die vielen neuen Gesichtspunkte, die Verf. dem Gegenstande abzugewinnen wusste, sind Eigenschaften, die dem Werke gewiss einen grösseren Leserkreis sichern werden.

Dabei ist die Ausstattung des Werkes von Seite der Verlagsbuchhandlung eine geradezu prachtvolle, die derselben alle Ehre macht. Ganz besonders verdienen die 9 lithographirten Tafeln rühmend hervorgehoben zu werden. Das Werk zerfällt in 4 Abtheilungen.

Die Einleitung gibt ein kurzes Resumé über den bisherigen Stand der Porencephaliefrage sowie die Definition der Porencephalie, wie sie von Heschl aufgestellt wurde.

Die 2. Abtheilung bringt in möglichst conciser Form sämmtliche in der Literatur hinterlegten fremden Beobachtungen von Porencephalie — 29 an der Zahl. Dieselben sind meist in chronologischer Reihenfolge angeführt. Die von Klebs publicirten interessanten 3 Fälle sind abgesondert — in einer Nachschrift — besprochen; hiedurch zeigt die Zahl von 29 auf 32. (Der Fall von Mierzejewsky, von uns in diesem Blatte Nro. 15. l. J. ausführlich referirt ist nicht berücksichtigt. Ref.)

Die dritte Abtheilung füllen die zwölf eigenen Beobachtungen des Verf. aus.

Sie zeichnen sich alle durch eine minutiöse anatomische Beschreibung und sonstige genaue Angaben aus. Ein Fall möge hier, wenn auch nicht in extenso, so doch möglichst ausführlich mitgetheilt werden und dies um so mehr, als gerade diese Beobachtung dem Verf. eine der wichtigsten Stützen für seine Behauptung ist, dass die Porencephalie nicht bloss *congenital* ist wie man bisher glaubte, sondern auch nach vollendeter Ausbildung des Gehirnes im Extrauterinleben *acquirirt* werden kann.

Dollmatsch Rosa, 63 J. alt wurde im Alter von 18 Jahren plötzlich im bestem Wohlsein, in der Nacht auf der rechten Körperhälfte gelähmt und vollkommen aphasisch. Nur an der unteren Extremität besserte sich in der nächsten Zeit der Zustand etwas, sodass dieselbe stark schleppend zum Gehen gebraucht werden konnte, an der oberen Extremität hingegen persistirte die Lähmung, ja es stellte sich sogar Contraction im Ellenbogengelenk und den Fingern ein.

Im Verlaufe der Krankheit traten epileptoide Anfälle ein, die sich alle 4—6 Wochen anfangs wiederholten, später aber immer seltener wurden. Ein Jahr post insultum erst gewann sie die Sprache wieder, indem sie fast wie ein Kind von ihrer Umgebung sprechen lernte. In den letzten Jahren ihres Lebens litt sie ab und zu an amnestischer Aphasie. Sie starb am 23. April 1881 in sehr marastischem Zustande in's Spital aufgenommen, an einer Lungenentzündung.

Autoptischer Befund: Schädel (auf dem Knochen gemessen) misst 470 mm. in der Circumferenz, 170 mm., in der grössten Länge und 160 mm. in der Breite. In der linken Stirngegend ist das Schädeldach um 5—6 mm. dicker als an der rechten, sodass die innere Lichtung im bifrontalen Durchmesser rechts 55, links 50 mm. beträgt. In der Gegend der linken Insel und des Operculum ein von verdickter und getrübter Arachnoidea überbrückter, tiefer, grubiger Substanzverlust. Derselbe ist mit klarem Serum erfüllt und reicht anscheinend bis auf die Wand des Seitenventrikels hinein. Derselbe ist nach vorne begrenzt von der dritten Frontalwindung, die zum Theil geschrumpft, zum Theil consumirt ist, weiter nach hinten zu von den in den Klappdeckel auslaufenden Centralwindungen, die gleichfalls an ihrem unteren Ende vielfach geschrumpft, den Substanzverlust nicht klappenartig überdecken, sondern einen freien Einblick gegen seinen Grund und die nach hinten im horizontalen Ast der Sylvischen Grube und an der Innenfläche des Schläfenlappens sich hinziehenden Ausbuchtung gestatten. Gegen die Basis setzt derselbe mit einer scharfen, halbmondförmig vom Stirn- auf den Schläfelappen hingespannten Falte ab, die erste Temporalwindung grösstentheils consumirt. Die Wände des Substanzverlustes sind überkleidet von einer etwas bräunlichen, nicht vollkommen glatten, dichten Rindegewebsmembran, die in Form einer Schwiele den blossgelegten Markmassen aufsitzt und am Rande des Substanzverlustes an den hier verdickten Hirnhäuten endet, zum Theil glatt, zum Theil windungsähnlich gewellt, wie am Stirn- und Schläfelappen, indem hier nur die Markmasse zerstört, die von Narbe innen blossgelegte Rinde, den Einschnitten der Sulci entsprechend, windungsähnliche Wülste bildet.

Die linke Hemisphäre durch Abflachung ihrer Convexität über der Gegend des Substanzverlustes etwas kleiner als die rechte. An beiden Hemisphären die Windungen verschmälert, doch in der *Anordnung*, auch in der Umgebung des Substanzverlustes *ganz normal.*

Im linken Pedunculus cerebri, sowie der gleichen Ponshälfte, Pyramide und im rechten Seitenstrange des R. M. schön ausgesprochene absteigende Degeneration. (Ueber den Zustand der Türk'schen Bündel finden sich keine Angaben. Ref.) Auf entsprechenden Frontalschnitten des Gehirnes zeigt sich, dass innerhalb des angegebenen Substanzverlustes der Streifenhügel und Linsenkern bis auf einen kleinen basalen Rest des vorderen Theiles, der Thalamus opticus bis auf geringe basale und mediale Reste des hinteren Antheiles, die capsula interna mit Ausnahme des hintersten Abschnittes, die ganze äussere Kapsel, Vormauer und Insel zerstört sind, ferner der Substanzverlust von einer dichten narbigen Bindegewebsplatte am Grunde abgeschlossen wird, die in der Mitte an die Aussenfläche des Ependyms des Seitenventrikels heranreicht und mit ihm verschmolzen ist. — Der linke Ventrikel stark erweitert, sein Ependym am stärksten über dem Grund des Substanzverlustes verdickt. Der r. Ventrikel nur wenig erweitert. Die linke Arteria Fossae Sylv. *obliterirt.*

In der vierten und letzten Abtheilung — die mehr als die Hälfte des Buches einnimmt, unterzieht Verf. die mitgetheilten Fälle einer eingehenden kritischen Analyse und nimmt Stellung zu der bisherigen Lehre von der Porencephalie, indem er dieselbe auf Grund der Ergebnisse seiner eigenen Beobachtungen und Untersuchungen theils berichtigt, grösstentheils aber wesentlich erweitert und reformirt.

Verf. unterscheidet 4 Formen von Porencephalie.

1) In Entwicklung begriffene.
2) Ausgebildete Defecte (sehr häufig).
3) Mit Hydrocephalie verbundene (7 Fälle — inclusive des Klebs'schen Falles).
4) Vernarbte Defecte (wohl die seltenste Form 1 reiner und 3 complicirte — stets ausgezeichnet durch das Fehlen der beiden Centralwindungen in Folge behinderter Ausbildung und nicht des in ihrem Niveau sitzenden porencephalischen Defectes).

Die ausgebildeten Defecte bilden die eigentlichen Paradigmata der Porencephalie. Die Defecte sitzen stets an der Convexität mit oder ohne gleichzeitiges Ergriffensein der medialen Fläche und dringen mehr oder weniger tief in die Markmasse ein, zuweilen nur bis ans Ependym, manchmal aber sogar bis in den Ventrikel. Gegen den Arachnoidealraum zu ist der Defect entweder includirt oder offen.

Was den Sitz der por. Defekte anlangt, so fand Kundrat denselben:

27 mal (8 acq. + 19 congenitale) im Verbreitungsgebiete der Art. fossae Sylv.

4 mal (alle 4 congenital) in dem der Art. cerebri anterior.

5 mal (2 acq. + 3 congenit.) in dem der Art. cerebri posterior.

Dem Geschlechte nach entfallen 16 auf das männliche, 24 auf das weibliche — in 4 Fällen mangelt die Angabe. Unter den 24 W. sind 18 angeborne. Von allen mit congenitaler Porencephalie Behafteten starben die meisten sehr frühzeitig und nur 3 erreichten ein längeres Leben. Hingegen erreichten die mit acquirirten Defecten mit Ausnahme von 3 Fällen, von denen in zweien der Tod unabhängig vom Defekte war, ein höheres Lebensalter, die meisten sogar über 40 Jahre. — Müller (Graz).

(Schluss folgt).

495) **Tauffer** (Budapest): Ueber reflectorisches Erbrechen.
(Vortr. in der K. Ges. d. Aerzte in Budapest am 29. Oct. 81. — Pester med.-chir. Presse 45. 1881.)

Durch Einlegen eines Pessarium wurde bei einer Kranken mit sehr beweglichem retroflectirtem Uterus, geschwollenem und schmerzhaftem linken Ovarium das Erbrechen gestillt, woran sie seit 12 Jahren gelitten hatte und gegen welches jede Therapie fruchtlos gewesen war. Erlenmeyer.

---

496) **Eastman:** The value of trephining in cases of epilepsy.
(St. Louis med. & surg. Journ. XL. 5, pag. 572 ff.)

Ein junger Mann war beim Brunnengraben von herabstürzender Erde am Kopfe getroffen, fühlte sich etwa eine Stunde lang darauf unwohl, erschien dann aber gesund. Ein Jahr darauf trat ein apoplectischer Anfall ein, von dem eine linksseitige Lähmung zurückblieb. Etwa ein weiteres Jahr nach diesem Insulte entwickelten sich epileptische Krämpfe, die allmählig an Intensität und Zahl zunahmen; Bromkali beeinflusste sie nur vorübergehend günstig. Eine genauere Untersuchung ergab über dem linken Schädelbein eine geringe Depression, und der Kranke behauptete nun, dass er oft an von dort ausgehenden Kopfschmerzen leide.

Erst längere Zeit darauf, als die Zahl der täglichen Anfälle auf 16 bis 17 gestiegen war, entschloss man sich, an jener Depressionsstelle zu trepaniren. Man fand die Lamina int. und Dura mater vollkommen intakt.

Drei bis vier Wochen nach der Trepanation war die (also gleichseitige) Lähmung verschwunden, und die epileptischen Anfälle blieben in der Folge vollkommen aus. Waehner (Creuzburg).

---

497) **Hughes:** Clinical notes illustrative of consciousness in epilepsia.
(The Alienist & Neurologist, II. 2. pag. 236.)

H. will durch die mitgetheilten Fälle beweisen, dass die Regel, „wo keine Bewusstlosigkeit, da sei auch keine Epilepsie", falsch ist.

Ein 12jähriges Mädchen, deren Mutter an Phthisis, Grossmutter an Apoplexie, Grossvater am Typhus gestorben, und deren Onkel geisteskrank gewesen war, litt seit Kindheit an epileptischen Krämpfen; dieselbe bekam während der Behandlung epileptoide Zustände, während welcher sie das Bewusstsein behielt und wie sie nachher selbst angab, „verzweifelte aber erfolglose Versuche machte, wie unter einem Alp", die Unbeweglichkeit ihrer Glieder und Zunge zu überwinden und ihre Aufmerksamkeit angespannt zu halten.

Ein 20jähriger junger Mann, der wiederholt epileptische Anfälle gehabt hatte, litt einmal an einem Anfall von Zwangsbewegungen mit Verlust der Sprache aber ohne Verlust des Bewusstseins.

Eine 29jährige Lehrerin litt von Zeit zu Zeit an partiellen Convulsionen, behielt aber dabei das Bewusstsein. Ihre Schwester hatte Vertigo-Anfälle mit Bewusstlosigkeit und ihr Vater litt an schweren epileptischen Anfällen. Eine Behandlung mit Brom etc. liess bei der Lehrerin jene Anfälle verschwinden.

Ein 24jähriges Dienstmädchen, deren Mutter an Schwindel und deren Tante an Epilepsie litt, hatte abwechselnd Anfälle, in denen sie das Bewusstsein verlor und solche, in denen sie es nicht verlor, sondern nachher wusste, was ihre Umgebung gesprochen hatte.

Waehner (Creuzburg.)

---

498) **Bagg**: Case of extra- and intra-cranial carcinoma.
(American Journal of Insan. XXXVII. 4. pag. 392.)

Ein dreissigjähriger Mann, dessen Mutter an Phthisis, dessen Vater an Morb. Brighti und dessen Grossvater väterlicherseits wahrscheinlich an Carcinom gestorben waren, kam zur Beobachtung, nachdem er drei Monate vorher 10 Tage lang an intensiven Kopfschmerzen gelitten hatte, dann aber gesund gewesen war, bis er plötzlich wieder mit Erbrechen und Kopfschmerzen erkrankte. Anfangs wurde eine mässige, schmerzlose und nicht heisse Geschwulst auf dem Kopfe constatirt; dabei klagte Pat. über rheumatoide Muskelschmerzen und eine leichte Verdunklung des Gesichtsfeldes. Die Geschwulst wuchs schnell nach hinten und beiden Seiten; Pat. wurde allmälig blind, sehr schwerhörig; es entwickelte sich hochgradiger Exophthalmus. Ohne weitere Schmerzen als jene rheumatoiden zu äussern, ohne geistig gestört zu werden, und ohne an Convulsionen oder spastischen Erscheinungen zu erkranken, ging der Kranke in vier Monaten marantisch zu Grunde.

Die Autopsie ergab, jener Geschwulst entsprechend, ein weiches Carcinom, welches das Hinterhauptbein unten durchbrochen hatte und sich von da aus auf der Dura mater linkerseits bis zum Schläfenlappen erstreckte. Pia mater und Arachnoidea waren frei. Die Hirnwindungen (links) waren abgeplattet, atrophisch und zwar: Der mittlere und hintere Theil der dritten, zweiten und ersten Schläfenwindung, die zweite und erste Occipitalwindung, der Gyrus angularis, der hintere Theil des Gyrus supramarginalis und der hintere Theil der oberen Scheitelwindung. Waehner (Creuzburg).

---

499) **Johnson**: Concussion of the brain.
(St. Louis medical and surg. Journal XL. 5. pg. 542 ff.)

J. theilt den Verlauf der Erscheinungen bei der Gehirnerschütterung in drei Stadien, dessen erstes durch Bewusstlosigkeit, aufgehobene Sensibilität, Depression und Schwäche der Circulation characterisirt ist. Im zweiten Stadium wird die Circulation normal, die Symptome der Depression verschwinden und das Gehirn functionirt normal. Möglicherweise ist der Pat. damit wiederhergestellt, sonst tritt als drittes Stadium eine excessive Reaction ein, eine übermässige Erregung des Nerven-Gefässsystems, die unter Hinzutreten schwerer Entzündungen z. B. der Meningen einen letalen Ausgang herbeiführen kann.

Die Behandlung bei der Gehirnerschütterung sollte ausnahmslos eine expectative sein; erst wenn die Depression sehr gross werden und die Reaction ausbleiben sollte, sind leichte Stimulantia anzuwenden. Waehner (Creuzburg).

III. Verschiedene Mittheilungen.

500) Aus Bielefeld geht uns aus der *Heilanstalt*, oder wie sie jetzt richtiger zu nennen ist *Colonie für Epileptische* folgendender Bericht über das Jahr 1880 zu (XIV. Arbeitsjahr). Die Zahl der

Anmeldungen stieg auf 1345. Aufgenommen wurden 843, davon genasen 59, wurden gebessert 171, wurden ungeheilt entlassen 107, starben 82. Status (März 1881) 434. —

Die Anstalt hat sich in eine *Colonie* umgestaltet, in welcher jeder Kranker in seinem Berufe sich nützlich machen, möglicher Weise sein Brod selbst verdienen kann. Dies war bis jetzt bei 500 Kranken möglich. Es stehen 184 Morgen Feld zur Verfügung, auf denen 30 grössere und kleinere Wohnhäuser stehen. Sie liegen meist zerstreut, hinter Wald, Berg, Thal verborgen, wie es dort uralte Landessitte ist. Jedes Haus hat seine besondere Arbeit:

1. Milchwirthschaft. 2. Gemüsebau und Sämereizucht 3. Anbau von Medicinalpflanzen. 4. Gemüsebau. 5. Feinere Näharbeiten. 6. Wäsche, Plätterei, Fabrication von Räucherkerzchen. 7. Kunst- und Handelsgärtnerei, Schriftenniederlage und Drechslerei. 8. Bäckerei, Schreinerei, Schneiderei u. s. w. Eine Anzahl Werkstätten sind theils erweitert, wie die Buchbinderei und Malerwerkstatt, theils *neu* errichtet, wie die Tischlerei, Bäckerei, Schneider- Schuhmacherwerkstatt. Die Anstalt ist der *Unterstützung sehr bedürftig* und empfiehlt deshalb ihre Industriezweige, namentlich ihre Schriftenniederlage und Samenhandlung zur häufigen Benutzung.

IV. Preisaufgabe.

Die Académie de Médecine zu Paris hat für das Jahr 1882 ausser anderen auch folgende Preisaufgabe ausgeschrieben:

Untersuchungen über die Ursachen der Tabes.

Preis Frcs. 2000. Die Arbeiten sind in lateinischer oder französischer Sprache verfasst unter den allgemein für Preisbewerbungen geltenden Formalien bis zum 1. Juli 1882 an die Academie einzusenden.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt, (Preusse), 600 Mark freie Station. 2) Grafenberg (Düsseldorf), Volontairarzt sofort; 600 M., fr. Stat. 3) Dalldorf (Berlin), 2 Volontairärzte, baldigst, 600 M. fr. Stat. Meldungen an das Curatorium der Irrenanstalt der Stadt Berlin. 4) Düren, Volontairarzt, 600 Mark, freie Station. 5) Leipzig (Irrenklinik), 2. Assistenzarzt; 1. Januar 1882. 1500 M., fr. Stat. Meldungen an Professor Dr. Flechsig. 6) Hildesheim, Prov.-Irr.-Anst., provis. Hilfsarzt, 900. M., fr. Stat. 7) Leubus (Prov. Irren-Anstalt), Volontairarzt, 450 M. bei fr. Stat. Eine weitere Renumeration von 600 M. in Aussicht. 8) Owinsk, a) 1 Assistenzarzt, b) 2 Volontairärzte. 9) Allenberg (Ost-Preussen), a) Volontairarzt, sofort, 600 M., fr. Station, b) Assistenzarzt, 1. Febr. 1882, 1200 M., fr. Station. 10) Die Kreisphysicate: Cleve (Düsseldorf), Wohlau (Breslau).

Besetzte Stellen. Asyl Schweizerhof, II. Arzt.

Coblenz, Druck von Ph. Werle (Entenpfuhl 12).

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

4. Jahrg. 15. Dezember 1881. Nro. 24.

INHALT.

Titel und Inhalts-Verzeichniss liegen dieser Nummer bei.

Die

verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Abonnement auf das I. Quartal 1882 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

I. Originalien.

Neue electro-therapeutische Apparate.

Von
W. A. HIRSCHMANN, Mechaniker, Berlin.

Der umfangreiche Artikel über die electro-therapeutischen Apparate auf der balneologischen Ausstellung zu Frankfurt a. M. in Nro. 14 des „Centralblattes", lässt mich wohl mit Recht voraussetzen, dass ein allgemeines Interesse für die ausgestellten Apparate bei den Lesern des „Centralblattes" vorhanden sei, und dass es denselben erwünscht sein dürfte, auch über die *prinzipiellen Neuerungen* an einigen meiner Apparate, welche der Herr Referent nicht zu entdecken vermochte, unterrichtet zu werden. Dass solche Neuerungen trotzdem vorhanden sind, wird sich für jeden Sachverständigen aus der nachstehenden Beschreibung derselben ergeben.

Nro. 1. Transportabler Apparat zur Anwendung constanter und Inductions-Ströme.

Dieser Apparat enthält in einem Kasten von 16 Cm. Höhe und 40 Cm. □ ein empfindliches Galvanoscop, einen Rheostaten, einen Stromwender, einen Inductions-Apparat, einen Stromwechsler und die verschiedenen Klemmen. Sämmtliche Apparate sind gleich denen, die für grosse stationäre Apparate zur Verwendung kommen. Der *Kurbel*rheostat besteht aus 4 Kreisen mit zusammen 3000 E. Widerstand, vertheilt auf 60 Contacte.

Der Apparat ist bestimmt für electrische Heilanstalten, electrische Bäder und Hospitäler. Von einer *stationären* Batterie sowohl für den constanten als auch Inductions-Strom führen 3 Drähte nach je 3 in den betreffenden Kranken- oder Badezimmern befindlichen Knöpfen. Der eine Draht kommt vom Anfangs-, der andere vom Endpole der Batterie für den constanten Strom. Der dritte Draht führt den einen Pol der Inductionsbatterie an den 3. Knopf. Der zweite Pol der Inductionsbatterie wird innerhalb der Batterie mit dem Anfangspole der constanten Kette verbunden.

Es bildet nun der erste Knopf den Anfangspol der constanten Kette und der Inductionsbatterie, der zweite Knopf den Endpol der constanten Batterie und der dritte Knopf den zweiten Pol der Inductionsbatterie.

Der Apparat trägt auch 3 Klemmen, welche zum Gebrauch des Apparates durch je eine Leitungsschnur mit den 3 Knöpfen verbunden werden.

Die Theilung des Stromes der constanten Batterie wird durch den auf Nebenschluss eingeschalteten Rheostaten bewirkt. Je mehr Widerstand im Rheostaten eingeschaltet wird, ein desto stärkerer Strom geht durch den Körper.

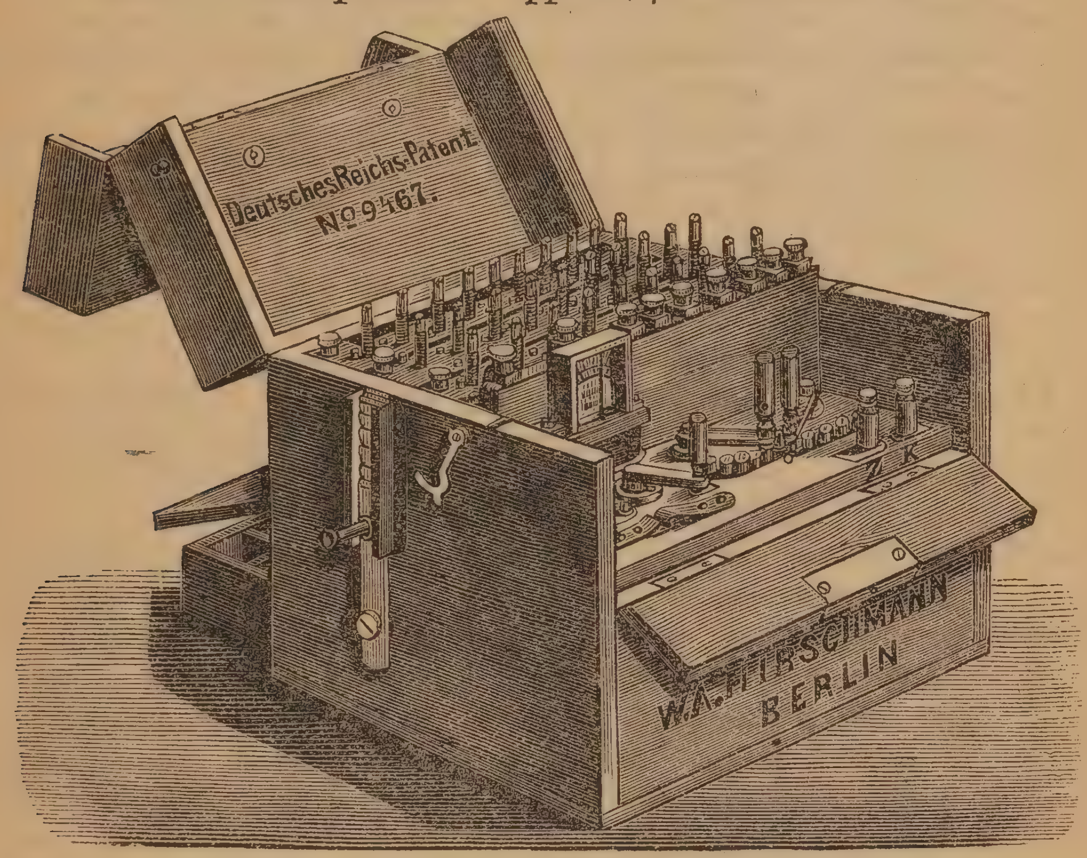
Durch die Vertheilung des Widerstandes im Rheostaten auf 60 Contacte ist es möglich eine sehr geringe Zu- und Abnahme der Stromstärke zu erreichen.

Die *prinzipielle Aenderung*, welche durch diesen Apparat erzielt wird, ist die, dass früher die Patienten zur Batterie gebracht

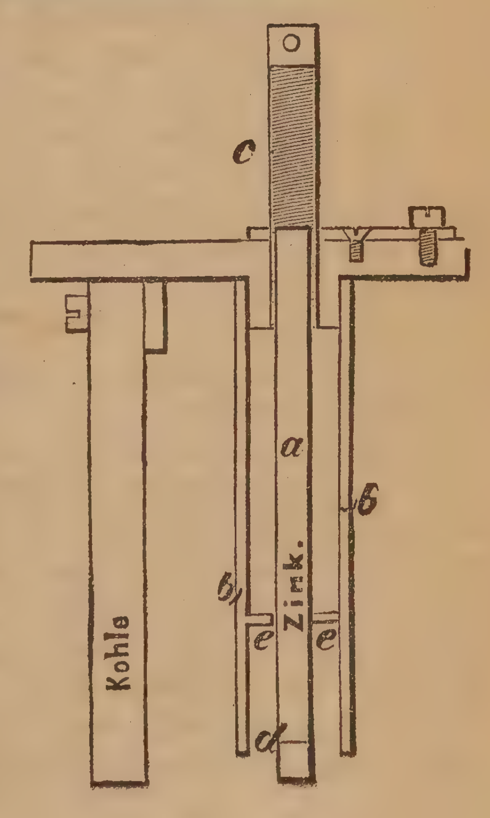
werden mussten, während jetzt der Strom *einer stationären und einer Inductions-Batterie* durch Anlage einer Leitung von drei Drähten in sämmtlichen Räumen eines Hospitals zur Verwendung gebracht werden kann.

Dass eine stationäre Batterie, welche an jedem beliebigen Orte aufgestellt werden kann, bei vielfachem Gebrauch besser ist als eine transportable, unterliegt wohl keinem Zweifel.

Nro. 2. Transportabler Apparat für constante Ströme.



Das nebenstehend abgebildete, für diese Apparate verwendete und durch deutsches Reichspatent vor Nachahmung geschützte Element besteht aus einer 55 mm langen, 12 mm breiten und 5 mm starken Kohlenplatte und einem 50 mm langen und 5 mm starken Zinkstabe. Der letztere trägt am oberen Ende ein 25 mm langes Messinggewinde c und ist von einer Hartgummiröhre b umgeben, die unten offen, oben durch das Messinggewinde c verschlossen ist.



Durch diese luftdicht verschlossene Röhre wird erreicht, dass der Zinkpol a nur bis d in die Säure taucht, während die Kohle von allen Seiten von der Flüssigkeit umgeben ist, in welche sie in ihrer ganzen Länge eintaucht.

Ist das in die Säure eintauchende Zink nach längerem Gebrauche zersetzt,

so wird das Messinggewinde c mittelst eines, dem Apparate beigegebenen Schlüssels 2 mm. tiefer geschraubt. Der Zinkstab dient so lange zur Erneuerung bis das Messinggewinde die Leiste erreicht hat. Die Elemente werden zu je 10 Stück auf einer Leiste und die Zellen zu 20, 30 und 40 in *einem* Hartgummikasten vereinigt. Der Zellenkasten ist von einem 1 cm. hohen Rande umgeben, in welchen zum vollständigen Verschluss eine Hartgummiplatte gelegt wird.

Zur Einschaltung der Elemente dienen zwei Elementenzähler mit Kurbeln.

Die genannten Einrichtungen verleihen dem Apparate folgende Vorzüge:

1) *Geringster Verbrauch des Zinkpols.* Hierdurch wird erreicht:
   a. beschränkte Zersetzung der Säure und längere Brauchbarkeit der Flüssigkeit,
   b. eine Constanz der Elemente, die den transportablen Apparaten bisher fehlte,
   c. eine erhöhte Stärke des Stromes.
2) Die Einschaltung der Elemente durch zwei Elementenzähler mit Kurbeln, wodurch eine viel grössere Sicherheit der Dosirung der Stromstärke erreicht wird, als mittelst Einschaltung durch Doppelschnur oder Schlussschieber.
3) Der leichte Ersatz des Zinkpols durch Hineinschrauben eines neuen.
4) Die leichte Reinigung des Apparates, die zweckmässig alle drei Monat in der Weise erfolgt, dass man:
   a. Die Elemente in einem halb mit Wasser gefüllten, jedem Apparat beigegebenen Zinkkasten, der an Stelle des Hartgummikastens gebracht wird, eine Viertelstunde eintauchen lässt,
   b. Den Hartgummikasten mit Wasser reinigt und mit neuer Flüssigkeit bis zur halben Höhe füllt.
5) Der Fortfall von „Sicherheitsventilen für Säurebehälter“ wie sie für „luftdicht“ verschlossene Elemente nothwendig sind.

Das Patent für die Elemente datirt vom 14. October 1878. Der auf der Ausstellung befindliche Apparat ist indess der erste, mit dem ich, nach gründlichster Prüfung, an die Oeffentlichkeit trete.

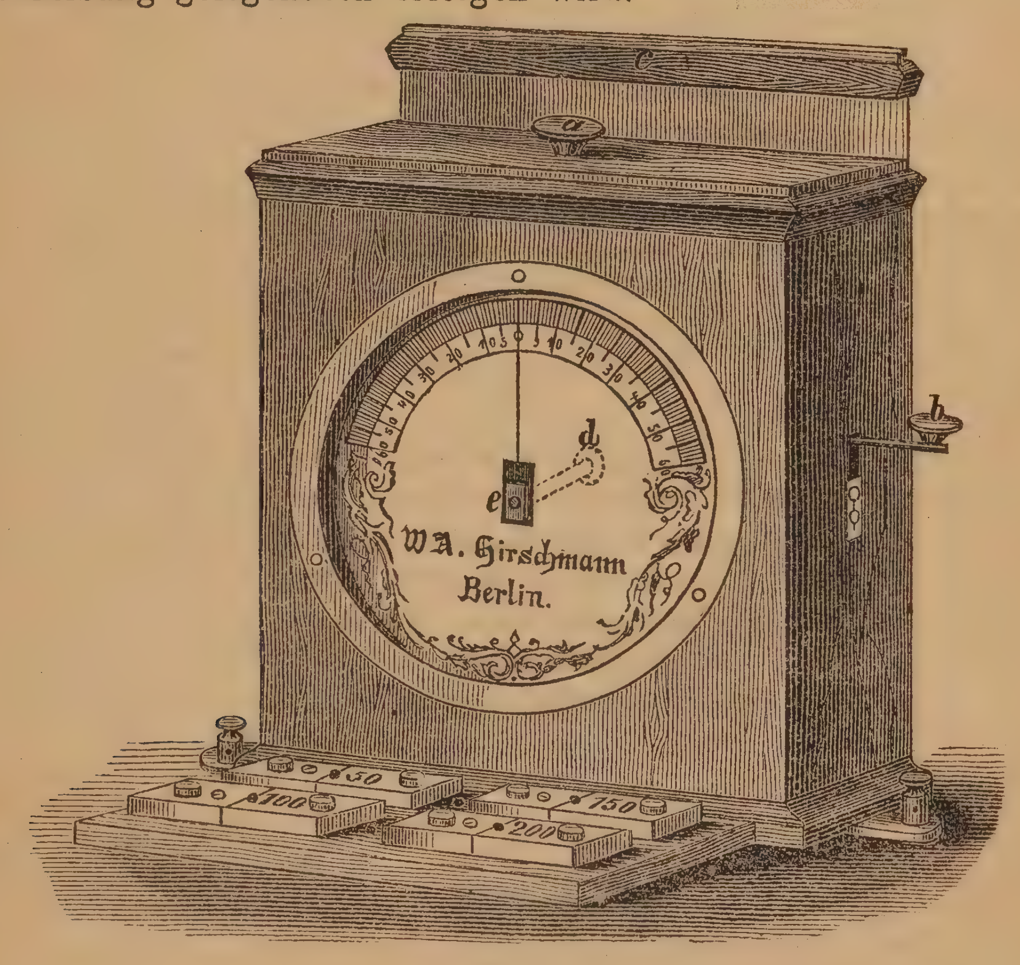
Nro. 3. Galvanoscop nach Prof. Erb.

Die Electrotherapie verlangt möglichste Empfindlichkeit des Galvanoscopes. Da jedes Galvanoscop, auch das mit horizontal schwingender Nadel, um so unempfindlicher wird, je mehr die Nadel aus ihrer Ruhelage gelenkt wird, so ist bei dem ausgestellten Galvanoscop die Einrichtung getroffen worden, den Ausschlag der Nadel bei mehr oder weniger starkem Strom, durch Einschaltung grösserer oder kleinerer Drahtspiralen, möglichst nahe der Ruhelage zu halten. Das betreffende Galvanoscop hat 4 Stöpselklemmen, durch welche Drahtspiralen mit 50, 100, 150 und 200 Siemens'schen Einheiten eingeschaltet werden können.

Durch einen Druck auf einen seitwärts angebrachten Knopf b werden die langen Schwingungen der Nadel verhindert.

Ich bemerke hierbei, dass ich in neuester Zeit die Nadel dieser Galvanoscope in einem Gefässe mit Glycerin schwingen lasse. Hierdurch wird ein augenblicklicher Stillstand der Nadel beim Ausschlage bewirkt. Es ist vermieden, dass das Glycerin hemmend auf den Ausschlag wirkt.

Ausser den vorhandenen bekannten Apparaten nenne ich noch den verbesserten transportablen Apparat für constante Ströme nach Dr. Müller-Wiesbaden und die Badewannen für electrische Bäder zur Vereinigung mit dem zuerst beschriebenen Apparat, deren Beschreibung gelegentlich erfolgen wird.



II. Referate.

501) **Polláck** (Grosswardein): Congenitale multiple Herdsclerose des Central-Nervensystems; partieller Balkenmangel.

(Arch. f. Psych. Bd. XII. 1. H.)

Nachdem der Verf. bereits einmal (im Arch. f. klin. Med. XXIV. Bd. S. 405) einen Fall von angeborener Sclerose des Centralnervensystems beschrieben hat, veröffentlicht er jetzt eine neue ähnliche Beobachtung: Es handelte sich um ein Kind weibl. Geschlechts, das von einem gesunden Vater stammte. Mutter litt an habituellen Kopfschmerzen und Schwindelanfällen. Ein Bruder der Kranken

starb an epileptoiden Krämpfen. Im Alter von 6 Jahren bot das Kind folgenden Status: Körp. Entwicklung dem Alter entsprechend, Ernährungszustand normal. Schädel mesocephal; symmetrisch. Die Extremitäten- und Rumpfmuskeln mit Ausnahme derer der Respiration waren spontan nicht beweglich. Nur bei affectiven Zuständen kamen Tremorartige Bewegungen der Extrem.-Muskeln, vom Willensimpuls durchaus unabhängig. Muskeln im Zustande der Ruhe schlaff. Kopfschaukeln und nickende Bewegungen bei ungewohnten Gesichts- oder Gehörseindrücken. Gesichtsmimik vorhanden, Wechsel derselben sehr grell. Pupillen immer ungleich; unausgesetztes Schwanken zwischen Mydriasis und Myosis. Nystagmus. Schlingact sehr erschwert. — Alalie und Anarthrie. Beim Schreien kräftige, etwas saccadirte Stimme. — Es war eine auffallende Vermehrung der täglichen Urinmenge vorhanden, bis zu 12 Liter, während Pat. nie schwitzte. Trotzdem nahm das Kind nie reine Flüssigkeit, sondern nur breiige Nahrung zu sich. (?) Beschaffenheit des Urins normal. *Sensibilität* ohne alle Störung. *Sehnenreflexe* bedeutend erhöht. Das Westphal'sche *paradoxe Muskelzucken* liess sich an der unt. Extr. leicht nachweisen: Der dorsalflectirte Fuss und der gebeugte Unterschenkel blieben oft 10 Min. in der gegebenen Stellung. —

Sinnesorgane. Respirations- Circulations- und Digestions-Apparat ist durchaus normal. — Die *Psyche* des Kindes stand auf der niedrigsten Stufe, natürlich ist die Beurtheilung derselben sehr kritisch, da die Pat. so wenig Mittel hatte sich mit der Aussenwelt in Communication zu setzen. Perceptionen durch die Sinnesorgane fanden statt und auch sehr ursprüngliche Deutungen der Vorgänge der Aussenwelt: Das Kind unterschied z. B. die Stimmen der sie umgebenden Personen, zeigte durch den Gesichtsausdruck Angst und Freude, die stattfindenden Bewegungen des Halses, der Gesichtsmuskulatur waren übrigens mehr automatisch, der Impuls des Willens fehlte augenscheinlich.

Der beschriebene Zustand war im Grossen und Ganzen schon am ersten Lebenstage vorhanden, von einer eigentlichen Entwicklung des Kindes konnte — abgesehen von dem Wachsthum — nicht die Rede sein. Am 4. Tage traten bis zum 7. anhaltende clonische Krämpfe auf. Später verfiel das Kind in periodisch wiederkehrende „Depressionszustände“ von 24—48 St. Dauer, die den Eindruck passagerer apoplectiformer Insulte machten, einhergehend mit Somnolenz, grosser Apathie und geringer Temperatursteigerung. Einige Monate vor dem Tode stellten sich wechselnde tonische und clonische Krämpfe ein, zugleich allmählige Abmagerung und unter den Erscheinungen einer Meningitis ging das Kind im Alter von 6 J. zu Grunde.

Die bei Lebzeiten der Pat. aufgestellte Diagnose „der multiplen Sclerose“ wurde durch die Section bestätigt: die Grosshirnrinde von der postcentralen Windung nach vorn, ebenso die Parietalwindungen und die Reilsche Insel sind mit grauen Erhabenheiten besetzt, bis Linsengross. In den Hinterhaupts- und Schläfenlappen waren diese fleckenartiger und viel spärlicher. Der graue Ge-

hirnstamm, die ganze Marksubstanz zeigen auf Durchschnitten dasselbe graugescheckte Aussehen, und zwar sind die Flecken theils punctförmig, theils bis zu Apfelkern gross. Das Ependym sämmtlicher Ventrikel zeigt ebenfalls Sandkorngrosse grauliche Pünctchen. Die Verfärbung erstreckt sich bis auf das Rückenmark, soweit dies von der Schädelhöhle aus untersucht werden konnte. (Oeffnung der Rückenmarks-, der Bauch- und Brust-Höhle nicht gestattet.) Der Balken des Gehirns ist nach allen Dimensionen stark verschmächtigt, die Oberfläche ist geringelt, wie der Wurm des Kleinhirns. Statt des genu u. des splenium sind nur dünne Platten vorhanden, die sich nach vorn, resp. hinten zu gezackten, frei flimmernden Lamellen verjüngen. Seitenventrikel erweitert. Dura und Pia verdickt und getrübt.

Aus dem früher beobachteten und diesem Falle zieht der Verf. folgende Schlüsse: 1. Die fleckweise Herdsclerose kann eine intrauterine Erkrankung sein.

2. In diesem Falle variiren die Krankheitssymptome von der Norm, zumal in den beiden beobachteten Krankheitsfällen auch die Corticalsubstanz von dem Prozess ergriffen war.

3. Das seeliche Gebahren eines so erkrankten Neugebornen bleibt auf seiner embryonalen niedrigen Entwicklungsstufe, äussert blos thierisch instinctive Gefühle und Organbedürfnisse.

4. Die auf solche Weise angeborene Demenz gehört nur im weiteren Sinne zur Gruppe der Idiotie.

Der Verf. glaubt die Entstehung der beschriebenen Krankheit bis in das intrauterine Leben zurück datiren zu können, weil bereits (als Symptom des bestehenden Processes) am 4. Lebenstage clonische Krämpfe auftraten und weil die pathologischen Symptome von Seiten des Centralnervensystems — soweit dieselben in dem kindlichen Alter sich äussern konnten, von Anfang an dieselben blieben, besonders die Immobilität des Körpers. — Die Demenz des Kindes war wohl in dem beschriebenen Falle so hochgradig, weil jede Selbsterziehung des Geistes fehlte. Die Pat. konnte sich in Folge ihrer Regungslosigkeit durch tactile Eindrücke keine Rechenschaft von der Beschaffenheit der Umgebung bilden, keine Dimensionen messen, war meist an das einförmige Krankenzimmer gebannt, es fehlte die Gesticulation, die Sprache. — Zu der Diagnose der multipeln Herdsclerose wurde der Verf. veranlasst durch die vorkommenden apoplectiformen Insulte, das Affectzittern, das Balanciren und Schaukeln des Kopfes und Halses, die erhöhten Sehnenreflexe, die paradoxen Muskelcontractionen, den Nystagmus und die Schlingbeschwerden; dabei das Intactsein aller Sensibilitätsarten, die ungestörten Blasen- und Mastdarm-Functionen.

Etwaige secundäre Veränderungen, durch den Balkendefect hervorgerufen wurden mikroscopisch nicht wahrgenommen

Langreuter (Dalldorf).

---

502) **Kundrat** (Graz): Die Porencephalie.

(Graz bei Leuchner & Lubensky, 1881, 126 Seiten kl. Lexiconformat mit 9 lithographischen Tafeln — 10.)

(Schluss.)

Ganz beträchtlich sind die Einwirkungen der porencephalischen Defekte auf das übrige Hirn und äussern sich dieselben vor Allem in gewissen Formabweichungen.

In die Augen springend sind die Anomalien in der Verlaufsrichtung der Windungen. Die Gyri sind nämlich stets und ausnahmslos radiär, radspeichenartig um den Defekt angeordnet, wenn die Porencephalie durch Processe im Intrauterinleben entstanden, hingegen nur einfach unterbrochen und verändert, wenn die Defektbildung im Extrauterinleben acquirirt war. Einen ebenso durchgreifenden Unterschied zwischen congenitaler und aquirirter Por. gibt auch die Rand- und Wandbeschaffenheit des Defektes ab. Bei den congenitalen bilden die von der Pia m. überkleideten, steil gegen den Grund abfallenden und bis an das Ependym reichenden Windungen gleichsam die Wände des grubigen Defektes, während die Arachnoidea als Decke im Niveau der Hirnoberfläche darüber hingespannt ist.

Bei den acquirirten hingegen enden die durch den Defekt abgesetzten Windungen im Niveau der Hirnoberfläche am Rande der Eingangsöffnung häufig an einem ihr Ende überragenden narbigen Saume, an dem auch die Pia aufhört, wesshalb die Wände des Defektes nur von blossgelegter Markmasse gebildet sind.

Mit Hilfe dieser Charakteristik lässt sich bei einer Autopsie stets unschwer die Diagnose auf congenitale oder im Extrauterinleben erworbene Por. stellen. Die congenitale dürfte nicht vor Ende des 5. meistens wohl nach dem 6. oder 7. Foetalmonate zur Ausbildung gelangen.

Auch Anomalien der Grösse fehlen nicht. Die betroffenen Hemisphären bleiben in ihrer Grössenentwicklung zurück und erscheinen trotz des nie fehlenden Hydrocephalus internus stets kleiner als normalerweise; die andere Hemisphäre verhält sich im Allgemeinen ganz normal. In einigen besonders gearteten Fällen, wie in einem des Verf. und Klebs, mag eine compensatorische Hypertrophie eintreten. Ferner ist die Erweiterung oft beider Seitenventrikel eine constante Veränderung. Die grossen Basalganglien sind in manchen Fällen aber stets nur auf Seite des Defectes weniger entwickelt oder auch unter gewisser Entwicklungshemmung völlig geschwunden. Traf der porenceph. Defekt motorische Hirnmassen, so zeigt sich in den im Extrauterinleben erworbenen Fällen absteigende secundäre Degeneration in der bekannten Form — in den congenitalen fehlt sie, es ist bisher nicht beachtet worden. Verf. fand in einem solchen Falle die Nervenfasern des R.-M. vollständig marklos. Möglicherweise ist diese Hemmungsbildung ein häufiger Befund. Neben den Veränderungen am Hirne selbst können auch solche am Schädel vorkommen als: symmetrische oder asymmetrische Schädelmissstaltungen, Vergrösserungen als auch ein Zurückbleiben im Wachsthum des Schädels. Im Falle der Einseitigkeit ist

meist die dem Defekte collaterale Schädelhälfte missstaltet. Höchst mannigfaltig sind und müssen begreiflicher Weise die klinischen Erscheinungen sein, da nicht bloss Grösse und Sitz der Defekte, sondern ganz besonders die Zeit ihrer Entwicklung sowie der jederzeit von den porencephalischen Processen veranlassten Entwicklungshemmung des Gehirnes bestimmend und ausschlaggebend sind. Wenn auch Idiotie, Mangel der Sprache (und motorische Lähmung) zu den häufigen Symptomen gehören, so haben sie doch nichts constantes noch viel weniger charakteristisches. Idiotie kann — ist auch gewöhnlich vorhanden, — aber sie muss nicht immer bei angeborner Porencephalie auftreten. Häufig ist sie mit Sprachmangel vergesellschaftet.

Sehr früh im Extrauterinleben erworbene Porencephalien stören ebenfalls die Hirnentwicklung, so dass Idiotie (doch ohne Mangel der Sprache — wenigstens nach den bisherigen Erfahrungen) auftreten kann. Natürlicherweise werden bestimmt localisirte Porencephalien auch Lähmungen (mit Contracturen) nach sich ziehen so bei Zerstörung von motor. Rindengebieten allein, wie bei den congenitalen Fällen, oder mit gleichzeitiger Vernichtung der Ganglien und capsul. interna, wie bei den erworbenen.

Zu den interessantesten Abschnitten des Werkes gehört unstreitig jener, der über das Wesen und die Genesis der Porencephalie handelt. Verf. zeigt die Haltlosigkeit sämmtlicher bisher gang und gäben Theorien über die Entstehung der P. als: Folgeerscheinung eines Hydrocephalus internus (auch von Heschl bebekanntlich zurückgewiesen), foetale Gefässobliteration (Klebs) besondere Gefässfettdegeneration (Heschl) und sucht an der Hand des von ihm gesammelten zahlreichen Materials sowie namentlich der vorgefundenen Entwicklungsformen den Beweis zu erbringen, dass die Porencephalie nur Einen Ausgang encephalitischer Processe darstelle, welche ihrem Wesen und ihrer Ursache nach nicht von denen verschieden sind, die man sonst am Hirne in Folge von Anämie, Hämorrhagie, Embolie und Thrombose auftreten sieht. Die congenitalen Formen von P. verdanken am häufigsten, wenn auch nicht ausschliesslich ihren Ursprung einer anämischen Encephalitis im Gebiete der Corticalarterien, wie Verf. den Process nennt, die erworbenen hingegen meist einer Hämorrhagie, Embolie oder einem Trauma.

Die Eigenthümlichkeit der Porencephalie besteht nur in ihrem Sitze an der Oberfläche des Hirnes und ihrer Form, die sich durch den hohen Grad der Ausbildung der encephalitischen Destructionsprocesse bis zum völligen Defect der betroffenen Theile erklärt.

Müller (Graz).

---

503) **N. Weljancinew:** Fall von intercranieller Blutung. Trepanation. Heilung. (Aus der chirurg. Klinik des Dr. K. Reyher.)

(Wratsch 1881. Nro. 42.)

Der 31jährige Kutscher F. Stepanew kann bei seiner Aufnahme am 18. August a. c. in die chirurgische Klinik der medicinischen Frauencourse nichts über seinen Zustand aussagen, seine Begleiter

aber theilen mit, dass er auf einer steinernen Treppe gefallen und bewusstlos von ihnen gefunden worden sei. Am 19. August ergiebt die Untersuchung eine, etwa 1" lange Wunde am Schädel etwas unterhalb des linken Scheitelhöckers, mit unregelmässigen, gequetschten Rändern und von einem angetrockneten Schorfe bedeckt, unter welchem eine serös-blutige Flüssigkeit heraussickert. Die Wunde scheint nicht bis auf den Knochen zu gehen, ihre Umgebung ist infiltrirt und teigig, hinter dem linken Ohr ist ein Blutextravasat zu sehen. Das Bewusstsein ist scheinbar erhalten, doch kann sich der Kranke des mit ihm Vorgefallenen gar nicht ersinnen; keine motorische oder sensible Lähmung, T. 37°,8, P. 62, ziemlich voll, R. normal, gleichmässig. Die Wunde wird mit 8% Zinkchloridlösung ausgewaschen und mit Salicylwatte verbunden, innerlich erhält der Kranke eine Abführung.

20. VIII. T. u. R. normal, P. 60. Grosse Aufgeregtheit, Bewusstlosigkeit, hastiges Reden.

21. R. u. T. normal, P. 52. Starker Kopfschmerz, im Ganzen ruhig, verliert der Kranke zeitweilig seine Besinnung.

22. T. normal P. 46., tiefer Schlaf, unfreiwilliger Harn- und Stuhlabgang.

23. T. normal, P. 46. der Sopor dauert fort, die Wunde antiseptisch, vernarbt.

24. T. normal P. 44, ziemlich schwach. Coma. Die Pupillen reagiren auf Licht, die linke ist enger als die rechte, von Zeit zu Zeit treten Zuckungen im rechten Arme und im rechten pectoralis major auf, der Kranke knirscht mit den Zähnen.

Am 25. VIII., dem 8. Tage der Krankheit wird der Kranke von W. trepanirt. Ein Kreuzschnitt am Orte der Wunde zeigte, dass diese nur bis zur galea reichte und dass im linken Scheitelbein von der Stelle der Verletzung ein feiner Riss nach unten und vorn in der Richtung zum Ohr hin ging. W. perforirte mit einer Trephine den Knochen am Orte des Risses; die Hälfte der so entstandenen Oeffnung wurde von einem Blutcoagulum eingenommen, das sich auf der Dura unter den untern und vordern Rand des Knochens weiter verbreitete, die Dura selbst unverletzt, keine Gehirnpulsationen. Der Puls sank in diesem Momente auf 38, wurde fadenförmig, die Respiration oberflächlich und langsam. Nach Entfernung der Blutgerinnsel wurde eine zweite Oeffnung im Schädel ein wenig nach unten und vorn von der ersten angelegt, auch hier wurden Coagula gefunden, die gleichfalls nach Möglichkeit entfernt wurden. Die Wunde wurde mit 3% warmer Carbollösung ausgewaschen, drainirt und verbunden. Zum Schlusse der Operation verschwand der Puls, die Extremitäten wurden kühl, weshalb der Kranke in ein stark erwärmtes Bett gebracht wurde: er bekam subcutane Injectionen von Tct. Moschi und Aether. Der Pat. erholte sich sehr bald und schon 2 Stunden später konnte W. 72 Pulsschläge in der Minute zählen, die Respiration wurde gleichmässig und normal, die Zuckungen, das Zähneknirschen, das Schnarchen und die Pupillendifferenz verschwanden; am Abend war die T. normal, P. 68, das Coma aber noch vorhanden.

Am 26. waren die Temperaturen am Morgen und Abend normal, P. 68, R. gleichförmig, Sopor weniger tief; am 27. M. T. 36⁰,3 P. 68—70, viel Schlaf, Kopfschmerz. Am 28. T. normal, P. 70, am 29. wird der Verband abgenommen, wobei die Wunde per primam geheilt gefunden wurde, aus den Drains war nur wenig blutig-seröse Flüssigkeit entleert worden; die Drains wurden verkürzt, die Nähte entfernt. P. 72. T. normal. Am 1. IX. vollkommenes Bewusstsein, freiwilliges Harnen. P. 70–74. Am 2. IX. Verbandwechsel: fast keine Secretion, die Drains werden entfernt. Am 10. IX. geht der Kranke und weist an seinem Schädel an den Drainstellen geringe Granulationen und wird am 27. IX gesund entlassen.

In der *Epikrise* betont W. das Auftreten von Zeichen des Hirndrucks am 3. Tage nach der Verletzung, die anfänglichen Hirnsymptome schreibt er der Commotion zu. Die klinischen Zeichen des Hirndrucks seien in diesem Falle sehr ausgeprägt gewesen, Anfangs ein Erregungsstadium, welchem bald, zu tiefem Coma sich steigernder Sopor folgte; *charakteristisch* ist die Verlangsammung des Pulses auf 40 und selbst 38 Schläge in der Minute sowohl, als auch die Verengerung der gleichseitigen Pupillen, die Sphincterenlähmung und die alternen Zuckungen in Arm und pectoralis major der rechten Seite. Der günstige Ausgang der Operation bestätigte die Annahme einer Gefässruptur innerhalb des Schädels; obgleich die Quellen der Blutung nicht genau zu bestimmen war, so glaubt W. aus der Richtung des Risses und der Ausbreitung der Blutgerinnsel auf eine Hämorrhagie aus dem hintern Aste der Art. meningea media schliessen zu können. Dass die Trepanation zu rechter Zeit vorgenommen worden sei, wird durch den bei der Operation vorgefundenen Mangel an Gehirnbewegungen, als Ausdruck des höchsten Grades von Hirndruck bewiesen.

Die von Bergmann (die Lehre von den Kopfverletzungen. Deutsche Chirurgie Lief. 30 1880 pag. 375) aufgestellte Statistik der Trepanationen bei Kopfverletzungen ergiebt 99 Fälle von Blutungen aus der Art. meningea media; 16 mal erfolgte Heilung, 12 mal erfolgte die Blutung aus dem geöffneten Schädel, 4 mal nur war sie intracraniell, von diesen wurden nur 3 trepanirt (Physic, Bird, Hueter): Der vorliegende Fall wäre also der 4.

Hinze (St. Petersburg).

---

504) **Williams**: Foreighn substances in the brain.

(St. Louis Med. & surgic. Journal XL. 5. pag. 566.)

In den „Verhandlungen der St. Louis medical society vom 26. Febr. 1881 finden sich mehrere höchst interessante Beobachtungen über Fremdkörper im Gehirn.

Williams theilt einen Fall mit, der einen noch jungen Mann betraf, welcher sieben Jahre lang Strafgefanger war. Während dieser Zeit wurde er geisteskrank, in eine Anstalt übergeführt und nach einiger Zelt aus dieser geheilt entlassen. Bald darauf bemerkte man, dass er sich Drahtstücke in den Kopf steckte. Die nähere Untersuchung ergab, dass Pat. sich etwa 1 Zoll über dem rechten Ohr ein Loch in den Schädel gebohrt hatte, und es gelang, aus diesem

ein $4^1/_2$ Zoll langes Stück Draht zu entfernen. Der Kranke neigte zu trüber Stimmung; war aber auch heiter, oft witzig, ohne geistigen Defect und sonstige geistige Anomalie. Eines Tages gelang es ihm, sich einer Ahle zu bemächtigen, und diese trieb er sich mittelst eines Brettes bis zum Griff in den Scheitel, ohne nachher psychisch verändert zu erscheinen. Nach einiger Zeit nahm er, wahrscheinlich zufällig, eine zu grosse Dosis Morphium, das er als Schlafmittel gebrauchte, und starb. Die Autopsie ergab im Gehirn (vordern und mittleren Lappen) 5 Stücke Draht von $2^1/_6$, $2^3/_8$, $3^7/_8$, $4^3/_4$ und von $6^3/_4$ Zoll Länge, im Stirnlappen einen Nagel von $2^1/_4$ Zoll Länge, im Scheitellappen eine Nadel von $1^5/_8$ Zoll Länge. — Alle diese Fremdkörper waren, von einer geringen Menge Lymphe umgeben, abgekapselt.

Darauf theilen Stevens, Lutz und Dudley einige Fälle mit in denen verschiedene Fremdkörper Monate und Jahre lang sich im Frontallappen befunden hatten, ohne zu psychischen Störungen Veranlassung zu geben.

Wähner (Creuzburg).

---

505) **Althaus** (London): Beiträge zur Physiologie und Pathologie des N. olfactorius.

(Arch. für Psychiatrie XII. Band 1. Heft.)

Den früher angezweifelten Satz, dass der 1. Gehirnnerv ausschliesslich für die Geruchsempfindungen bestimmt sei, glaubt der Verf. jetzt experimtell und casuistisch erwiesen. Er selbst hat einen Fall von totaler Anästhesie des Trigeminus beobachtet, wo die Geruchsempfindungen unbeeinträchtigt fortbestanden. An demselben Patienten demonstrirte Verf., dass der Olfactorius in specifischer Weise auf die Electricität antwortet. Die Application eines Stromes von erst 35 Daniellschen Elementen erzeugte einen deutlich Phosphor-artigen Geruch. Gerade wegen nothwendig anzuwendender übergrosser Stromstärken ist dies Experiment bei Individuen mit intactem Trigeminus nicht anstellbar. — Gewöhnlich sind die spez. Reize des Olfactorius duftende Substanzen, welche im Stande sein müssen Gasform anzunehmen. Die Einwirkung geschieht auf das Epithel der oberen Nasenhöhle, der regio olfactoria. Diese Epithelzellen sind eigenthümlich pigmentirt, und steht die Menge dieses Farbstoffes in geradem Verhältniss zur Schärfe des Geruchs. Das Einströmen der duftenden Gase wird durch die Inspiration bewirkt, je intensiver der Inspirationsstrom, desto stärker die Geruchsempfindung; bei ruhigem Athmen wird fast kein Geruch empfunden, weil der Luftstrom nur sehr schwach bis in die obere Nasengegend gelangt. Atrophie des Olfactorius zerstört die Geruchsempfindung ebenso Verlust des Epithels der Riechzellen. Letzterer ist übrigens Folge der ersteren. Die Atrophie kommt erworben (im Alter) zieml. häufig vor, angeboren selten. — Ferner wird die Geruchsempfindung zerstört durch Verletzungen und durch übermässige Reizung des Olfactorius. Durch Einwirkung intensiver Düfte kann die Empfindung sowohl temporär als dauernd vernichtet werden. — Von Entzündung der Geruchsnerven ist bisher ein einziger Fall beschrie-

ben (von Verf. beobachtet). Es bestand zu Anfang der Entzündung Hyperosmie, später trat Anosmie ein. Geschwülste des Gehirns, die den 1. Nerven afficiren, erzeugen denselben Verlauf, ebenso die Entzündung des Riechcentrums. Das letztere wird von Ferrier in das Cornu Ammonis verlegt. Affectionen dieses Herdes ergeben *gleichseitiges* Betroffensein der Geruchsempfindung. — Die beste *Behandlung* der Anosmie und Hyperosmie, sofern dieselben nicht durch Zerstörung der Riechnerven und corticale Ursachen bedingt sind, besteht in Anwendung von Strychnin und Morphium. Bei Verlust des Geruchs lässt Verf. täglich 2 × 0,003 – 0,006 Strychnin mit etwas Zucker gemicht schnupfen. Bei Hyperosmie wird Morphium subcutan und innerlich applicirt. —

Langreuter (Dalldorf.)

---

506) **Claus** (Sachsenberg): Ueber Erkrankungen des Rückenmarkes bei Dementia paralytica und ihr Verhalten zum Kniephänomen und verwandten Erscheinungen.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. u. psych.-ger. Med. Bd. XXXVIII. p. 133 ff.)

An der Hand von neunzehn, ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten von Dementia paralytica, denen sich die, eine unzweifelhafte Erkrankung des Rückenmarks ergebenden Sectionsberichte anschliessen, sucht Verf. das Verhältniss zu ermitteln, in welchem bei Paralytikern das Kniephänomen zu den Erkrankungen des Rückenmarkes steht. Die Ansicht Westphal's, wonach das Kniephänomen in allen ausgesprochenen Fällen von Tabes fehlt, bei welchen sich die Erkrankung der Hinterstränge nachgewiesener Maassen bis in das Lendenmark erstreckt, findet sich auch bei des Verf.'s paralytischen Geisteskranken bestätigt. Dahin gehörige Fälle sind drei vom Vf. beobachtet; die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks ergab in diesen Fällen eine ausgesprochene Sclerose der Hinterstränge mit spärlichen Resten von Nervenfasern; in einem Falle zeigte sich daneben noch eine, minder hochgradige Sclerose der Hinterseitenstränge im Hals- und im oberen Drittel des Brustmarks.

Bei der zweiten, 4 Fälle umfassenden Gruppe ist zwar neben einer Affection der Hinterstränge des Hals- und Rückenmarkes auch eine Erkrankung des Lendenmarks verhanden, doch sind in der Mehrzahl der Fälle nur die inneren, der Längsspalte anliegenden Theile der Hinterstränge entartet, und die Erkrankung documentirt sich histologisch weniger in einer Sclerose mit Atrophie der Nervenfasern, als vielmehr nur in einer gleichmässigen Verbreiterung der Zwischensubstanz mit noch zahlreichen, wohl erhaltenen Nervenfasern. Das Kniephänomen war bei dieser Gruppe erhalten.

In die dritte Gruppe fallen 5 Fälle, bei denen ein gleichzeitiges Auftreten pathologischer Processe in den Hinter-, Seiten- und z. Th. den Vordersträngen beobachtet wurde. Die Seitenstränge waren in ihrer hinteren Hälfte vom Hals- bis zum Lendenmark (Pyramiden-Seitenstrangbahn Flechsig's) ergriffen; in den Hintersträngen waren in einem Theile der Fälle nur die Goll'schen

Keilstränge erkrankt, in den übrigen Fällen waren Degenerationsstreifen in verschiedener Höhe und Gestalt, z. Th. bis in das Lendenmark reichend, sichtbar. Der histologische Befund schliesst sich dem der 2. Gruppe an. — Das Kniephänomen ist in dieser Gruppe deutlich vorhanden, zwei Mal tritt es in Form eines Klonus auf.

In den sieben letzten Beobachtungen endlich handelt es sich überwiegend um eine Erkrankung der hinteren Hälfte der Seitenstränge, vom Halsmark bis hinab in das Lendenmark; die Vorderstränge waren meist frei, in den Hintersträngen war nur einmal eine eigenthümliche strangförmige Degeneration nachweisbar, welche einen mit der Spitze nach unten gerichteten Kegel bildete, der in seinem Inneren noch eine Parthie mehr oder weniger normaler Marksubstanz umschloss. Das Kniephänomen war bei allen in sehr ausgesprochenem Grade vorhanden, bei einigen traten die Contractionen des Quadriceps sogar in Form eines Klonus auf.

Das Fussphänomen fehlte bei der ersten, ferner in einem Falle der zweiten und in 2 Fällen der 3. Gruppe, in der Mehrzahl der übrigen Fälle war es schwächer, als das Kniephänomen.

Bemerkenswerth ist das Verhalten der Sehnenreflexe während der paralytischen Anfälle. In den Fällen in denen das Kniephänomen nur in mässigem Grade vorhanden war, trat es mit dem Anfalle in deutlicher und selbst in sehr starker Weise auf. Besonders in die Augen fallend war dieser Einfluss bei dem Fussphänomen. Dasselbe zeigte sich da, wo es für gewöhnlich nur andeutungsweise nachzuweisen war, oder vollständig fehlte, im Anfalle entweder in starkem Grade oder war wenigstens hervorzurufen. Bei hemiparetischen oder bei hemiepileptischen Anfällen konnte mehrfach constatirt werden, dass die Sehnenreflexe auf der ergriffenen Seite stärker waren, als auf der nicht ergriffenen. Da der Sitz der paralytischen Anfälle voraussichtlich die Hirnrinde ist, ist Vf. geneigt, aus dem angegebenen Verhalten der Sehnenreflexe auf eine reflexhemmende Thätigkeit der Hirnrinde zu schliessen, welche während des Anfalls unterdrückt wurde. Die reflexhemmenden Bahnen im Rückenmark dürften in den Seitensträngen zu suchen sein; daher eine Steigerung der Sehnenreflexe bei Erkrankungen der Seitenstränge, analog dem Verhalten, wie es Erb bei seiner spastischen Spinalparalyse beschrieben hat. Ueberhaupt ist Verf. geneigt, eine Anzahl der bei seinen Kranken gefundenen Symptome, namentlich die Steifigkeit des Ganges, Muskelstarre bei passiven Bewegungen und, wie erwähnt, die Erhöhung des Kniephänomens, auf die Miterkrankung der Seitenstränge zu beziehen. Contracturen, wie sie Erb beschreibt, konnte er allerdings nicht wahrnehmen. Dass Sensibilitätsstörungen, incontinentia urinae und psychische Störungen vorhanden waren, die nach Erb nicht zu dem Bilde der Seitenstrangerkrankung gehören, konnte bei der concomitirenden Dementia paralytica nicht auffallen.

Das Verhalten der Hautreflexe und der Pupillen zeigte keine constanten Beziehungen zu dem der Sehnenreflexe.

Schäfer (Pankow).

507) **Rehm** (Regensburg): Zwei Fälle traumatischer Gehirnabscesse nach perforirenden Messerstichwunden.

(Aerztliches Intelligenzblatt 1881. 18. X.)

Einem Taglöhner war am 16. I. 1873 bei einer Wirthshaus-Rauferei ein Messerstich in die Stirn versetzt worden. Das Messer war in der Wunde abgebrochen, ohne dass ausser dem Thäter Jemand davon wusste. Die Verletzung blieb zunächst ganz ohne Folgen; erst nach zwei Jahren brach die Stelle wieder auf und es kam die im Knochen feststeckende abgebrochene Messerspitze zum Vorschein. Patient klagte wohl manchmal über Kopfschmerzen, befand sich aber sonst ganz wohl. Im Sommer 1878 erlitt er einen apoplectiformen Anfall; aber ohne weitere Störungen. Nur die Kopfschmerzen nahmen zu. Eine Entfernung der Messerspitze wurde versucht gelang aber nicht. Im Dezember 1880 bekam Patient furchtbare Kopfschmerzen, die Arbeit fiel ihm schwer, am 31. Dezember wurde er bettlägerig, somnolent und erbrach häufig. Die Messerspitze, 3 Ctm. lang, 2 breit, und über 2 Mm. dick, wurde vom Arzte entfernt, am andern Tage aber, 2. I. 1881, starb Patient, also 8 Jahre nach der Verletzung.

Die Section ergab an der Stelle der Verwundung, unmittelbar über der Mitte des rechten Augenbrauenbogens, einen Spalt des Knochens, der harten und weichen Hirnhäute und der Gehirnsubstanz in einer Tiefe von über 1,5 Cm. bei 0,5 Cm. Breite, ferner im vordern Theile des Centrum Vieussenii einen wallnussgrossen Abcess in schiefrig grauer schwieliger Kapsel mit Durchbruch in das rechte Vorderhorn. Als frische Erkrankung neben diesem Befunde fanden sich zerstreute rothe Erweichungsherde: im rechten Hinterlappen, den Wandungen der Seitenventrikel und des dritten Ventrikels und in der Substanz der Brücke.

Im zweiten Falle führte der nach Verletzung der rechten Hemisphäre sich entwickelnde Abscess, nachdem anfänglich nur leichtere Störung bestanden hatte, ziemlich rasch unter den gewöhnlichen Symptomen von Hirndruck und entgegengesetzter Lähmung den Tod herbei.

Karrer (Erlangen).

---

508) **Köllner** (Saargemünd): Vorläufige Mittheilung über den Einfluss des Atropins auf epileptische Kranke.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. u. psych.-ger. Med. XXXVIII. p. 303 ff.)

Die Beobachtung, dass Epileptische vor dem Anfalle Unregelmässigkeiten des Pulses und Abweichungen von dem, für sie als Norm anzusehenden Pulse neben mehr oder weniger ausgesprochener Pupillenverengung zeigten, veranlasste Verf. von Neuem zu Versuchen durch dass Atropin den abnormen Zustand der Gefässinnervation, der den Krampfanfall einleitete, zu coupiren. Meist wurde 0,001 Atropin subc. angewandt. Allen Versuchen gemeinsam war das Resultat, dass der vorher unruhige und eine ungleichmässige Beschaffenheit in der Spannung der Arterienwand verrathende Puls nach der Injection gleichmässiger und ruhiger wurde. Wenn auch die Anfälle nicht ausblieben, so waren sie doch schwächer, als

man nach den Antecedentien erwarten konnte und bemerkenswerth war, dass sich die Kranken in der anfallsfreien Zeit geistig viel freier fühlten, als bei Bromkaliumbehandlung; bei einer Kranken konnte mit Sicherheit ein günstiger Einfluss auf Grad und Dauer der Erregungszustände constatirt werden. Als wesentlich dem Bromkalium gegenüber hebt Verf hervor, dass das Atropin keine ungünstige Beeinflussung der Verdauungsorgane mit sich bringt.

Schäfer (Pankow).

---

509) **Mendel** (Berlin): Die Manie.

(Wien 1881. gr. 8⁰. 196 Seiten.)

Im Jahre 1818 ist zuletzt eine ausführliche Bearbeitung der Manie von Esquirol geliefert worden. Die 63 Jahre zwischen jenem Werke und dem jetzt erschienenen Buche von Mendel haben eine allgemeine Verständigung über den Begriff *Manie* nicht herbeizuführen vermocht. Durch pathologisch-anatomische Ergebnisse wird dieser Dissensus auch fernerhin — wohl sobald nicht ausgeglichen werden, da jene eben so gut als negativ sind. Ob die Verständigung möglich sein wird auf dem Gebiete der Gehirnlocalisation, wie Crichton-Browne will (Brain, October 1880) ist dem Referenten ebenso fraglich.

Verf. versucht daher eine klinische Einigung anzustreben, ein indessen ebenso dankenswerthes wie schwieriges Unterfangen. Er definirt die Manie *als eine functionelle Hirnkrankheit, die characterisirt ist durch die krankhafte Beschleunigung des Ablaufs der Vorstellungen und der krankhaft gesteigerten Erregbarkeit der motorischen Hirncentren.* Er legt das Hautgewicht auf die Veränderung in dem Vorstellungsleben und setzt sich mit der gebräuchlichen Annahme, die Veränderung der Gemüthsstörung sei das Wesentliche, sei der Ausgangspunkt, in Widerspruch.

Ich kann hier nicht auf den Inhalt des Buches näher eingehen, sondern muss mich darauf beschränken, seine Lectüre, sein Studium angelegentlichst zu empfehlen. Anregung wird Jeder aus demselben schöpfen; nicht nur der, welcher dem Inhalte bedingungslos zustimmt, sondern auch jener, welcher gegen ihn stellenweise ablehnend sich verhält.

Die Ausstattung ist eine gute.

Erlenmeyer.

---

510) **Eduard Hoffmann**: Lehrbuch der gerichtlichen Medicin, mit gleichmässiger Berücksichtigung der deutschen und österreichischen Gesetzgebung. 2. vermehrte und verb. Auflage.

(Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg 1881.)

(Schluss.)

I. Die reinen Geisteskrankheiten.

Die *primären* Formen, Melancholie und Manie, äussern sich vorzugsweise durch melancholische und maniacalische Stimmung, Depression und Exaltation. Störungen der Intelligenz sind nicht auffallend, namentlich keine fixen Wahnvorstellungen und keine

Zeichen von Schwäche der Intelligenz. Die *secundären* Formen zeigen Störungen der Intelligenz: fixe Wahnvorstellungen und psychische Schwäche (Wahnsinn, erworbener Blödsinn).

Eine grosse Zahl der früher zu den secundären Störungen gezählten Krankheitszustände, wie Verfolgungswahn, partielle Verrücktheit, sind jetzt als primäre Zustände erkannt: primäre Verrücktheit. Die ihnen ähnlichen secundären Wahnsinnsformen gehören zu den erworbenen psychischen Schwächezuständen, die in der Regel in exquisiten Blödsinn übergehen, während die primäre Verrücktheit das ganze Leben lang bei sonst nicht auffallend gestörter Intelligenz bestehen kann.

Für das Strafrecht ist es übrigens nicht mehr nothwendig, die spezielle Form der Geistesstörung anzugeben. Man hat nur nachzuweisen, dass eine *krankhafte Störung* oder *Hemmung* der *Geistesthätigkeit* vorliegt, durch welche *die freie Willensbestimmung ausgeschlossen* wird (§ 51 des deutsch. St.-G.-B. und § 56 des österr. St.-G.-Entw.).

II. Die complicirten Irreseinszustände.

Es werden hier besprochen:

a) Die paralytische Geistesstörung.

b) Das epileptische Irresein.

1) Das habituelle Irresein der Epileptiker = epileptische Degeneration (Krafft-Ebing) betrifft mehr die Gefühls- und Willensphäre als die Intelligenz. 2) Das transitorische Irresein der Epileptiker ist forensisch wichtiger, weil es sich häufig an unvollständige Anfälle anschliesst oder bei larvirter Epilepsie vorkommt, die leicht übersehen oder verkannt werden.

c) Das hysterische Irresein.

d) Die alkoholische Geistesstörung.

1) Der *Rausch*, die transitorische Störung, macht nach dem österr. St.-G. nur in seinem höchsten Grade unzurechnungsfähig; der unter den Begriff der Bewusstlosigkeit des § 56 des österr. St.-G.-E. und des § 51 des deutsch. St.-G. fällt. Schon in den früheren Stadien des Rausches besteht Zurechnungsunfähigkeit wegen Störung der Selbstbestimmungsfähigkeit und des Fühlens. Forensisch besonders wichtig sind die abnormen Reactionen gegen Alkohol, Krafft-Ebing's *pathologische Rauschzustände.*

2. Das *alkohol. Irresein.*

Aehnliche Zustände wie nach Alkoholstörung beobachtet man nach gewissen Giften.

Diesen ähnlich sind die durch *Infectionskrankheiten* bedingten, das Fieberdelirium. Besonders geneigt dazu sind Alkoholiker und andere zu psych. Erkrankung disponirte Individuen. In anderen Fällen kommt es zu Melancholie oder seltener zu Manie in der Reconvalescenz. Hierher gehören die Puerperalpsychosen.

Zuletzt erwähnt H. noch kurz die *Schlaftrunkenheit* und das *Nachtwandeln.*

Die in dem folgenden Abschnitte *Allgemeines über die Untersuchung und Begutachtung . . . fraglicher Zurechnungsfähigkeit* gegebene Methodik ist besonders instructiv.

Es werden besprochen die *Anamnese, die klinische Untersuchung* und die *Beurtheilung des Geisteszustandes zur Zeit der That.* Dabei sind die äusseren Einflüsse, welche auf den Thäter bei der That

einwirkten, und die Würdigung der That selbst, das Verhalten des Thäters vor, während und nach der That ins Auge zu fassen.

Der Gerichtsarzt hat den betr Zustand unter die gesetzlichen Ausdrücke zu bringen. Zu der „Vernunftberaubung“ des österr. St.-G.-E. zählt H. die hochgradigen psych. Schwächezustände (!), zu „Schwäche des Verstandes“ die leichteren Zustände, zu „Sinnesverrückung und Sinnesverwirrung“ die Geistesstörung im engeren Sinne; die Zustände abnormen Fühlens und Strebens ohne Störung der Intelligenz gehören zu „unwiderstehlichem Zwang“ oder lassen sich unter keine der gesetzlichen Kategorien subsumiren. Zur "Bewusstlosigkeit“ des Deutsch· St.-G.-B. zählt Epilepsie, Delirium, Rausch, Intoxication, Schlaftrunkenheit; zu „krankhafter Störung der Geistesthätigkeit“ die Psychosen im engern Sinne.*) Die angeborenen psych. Schwächezustände lassen sich schwer unterbringen; im österr. Str.-G.-Entw. ist für diese Zustände „Hemmung“ neben Störung erwähnt. — Er lässt es unentschieden, ob der Gerichtsarzt sich darüber aussprechen soll, dass „die freie Willensbestimmung ausgeschlossen“ war; in Oesterreich verlangt es die St.-P.-O. Die Entscheidung darüber, ob die freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist, liegt in Deutschland wie in Oesterreich bei dem Gerichte.

II.

Die *Dispositions-Fähigkeit* wird untersucht 1) wegen zu verhängender oder aufzuhebender Curatel und 2) um festzustellen, ob bei Ausführung eines bestimmten civilrechtlichen Actes etwa Dispositionsunfähigkeit bestanden hat.

A) Entmündigung. H. erklärt das österreichische Verfahren und stellt andererseits die deutschen gesetzlichen Bestimmungen zusammen. Er verlangt, dass verschiedene Grade der Dispositionsfähigkeit zugestanden, resp. die Dispositionsfähigkeit nach den verschieden wichtigen äusseren Verhältnissen gewürdigt werde.

Aphasie subsumirt H. unter die „äusseren Verhältnisse“ des § 21 des österr. Civ.-G.-B. und unter § 16 Theil II. Tit. 1 des preuss. L.-R. Letzteres lässt Individuen, welche erst in späteren Jahren taubstumm geworden sind, bevormunden, wenn sie sich nicht durch allgemein verständliche Zeichen verständigen können. (Aber der Aphasische ist nicht taubstumm, Ref.)

B) Wiederaufhebung der Entmündigung. Wiederholte Prüfung zu verschiedenen Zeiten und unter verschiedenen Umständen ist nothwendig. Die volle Restitution in den frühern, gesunden Zustand ist sehr selten. Aber eine geringe Differenz gegen früher darf nicht verhindern die Curatel aufzuheben. Bei fraglicher Genesung ist zu beachten, dass das Aufhören von Wahnvorstellungen u. a. Symptome durch den Uebergang in eine andere Form der Psychose bedingt sein kann.

In dem Abschnitt über *Gerichtsärztliche Beurtheilung civilrechtl. Acte,* die von nicht entmündigten Personen ausgeführt wurden, die wegen angeblich bestandener Geistesstörung angefochten werden, (Testa-

---

*) Hauptmann: Ueber Wahn- und Blödsinnigkeits-Erklärung nach dem preuss. L.-R. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. XXV.

mente, Eheschliessung) giebt H. sehr practische Anhaltspunkte für die Beurtheilung der hier in Frage kommenden zweifelhaften Zustände.

Die fraglichen Handlungen sind entweder aus eigener Initiative des Betreffenden hervorgegangen, z. B. durch Grössenwahn oder Verfolgungswahn veranlasst, oder durch Missbrauch des geisteskranken Zustandes durch andere Personen bei psych. Schwächezuständen, besonders Dementia senisil und apopl. Wenn der Act lange vor dem Tode stattgefunden hat, so kann entweder noch die persönliche Untersuchung oder die Erforschung des psych. Verhaltens in der Zeit zwischen dem Acte und dem Tode Aufschluss geben. Der Act selbst ist zu kritisiren, ferner der spezielle Inhalt des Schriftstücks, die Form, die Schreibweise und die Schriftzüge. Bei in extremis vollzogenen civilrechtlichen Acten ist der Einfluss der betr. Krankheit und der Agone auf die Dispositionsfähigkeit in Betracht zu ziehen.

Die Dispositionsfähigkeit der Selbstmörder muss für jeden Fall besonders beurtheilt werden. Nicht jeder Selbstmörder ist geisteskrank. Man beachte die Amnese, namentlich welche Krankheiten bestanden haben, dann die That als solche, event. hinterlassene Schriftstücke und (wenn möglich) das Obductionsergebniss.

III.

Bei der fraglichen *Verhandlungsfähigkeit* handelt es sich um Zeugenaussagen und Selbstanklagen. Das österr. Gesetz unterlässt die Vereidigung bei „erheblicher *Schwäche des Wahrnehmungs-* und *Erinnerungsvermögens*", das deutsche wegen *Verstandesschwäche*. Das preuss. Landr. hatte besser alle seine Kategorien psych. Störung (Raserei, Wahnsinn, Blödsinn) ausgeschlossen. Es ist übrigens zwischen Vernehmungsfähigkeit und Vereidigungsfähigkeit zu unterscheiden.

Bis zu welchem *Grade* die Fähigkeit Zeugniss abzulegen dem qu. Kranken zugesprochen werden kann, muss in jedem einzelnen Falle nach den concreten Verhältnissen entschieden werden, nach Natur und Grad der Geistesstörung, nach der Art des Objects, nach der Zeit, aus welcher Etwas ausgesagt werden soll, nach dem Grade, in welchem die vorliegende Krankheit das Wahrnehmungs- und Erinnerungsvermögen — den Verstand beeinträchtigt, sowohl im Allgemeinen als besonders in Beziehung auf das Object.

Selbstanklagen bei Melancholie, Verrücktheit, Hysterie, Hysterodämonomanie können spontan = objectlos entstehen oder unter dem Einfluss wirklicher Erlebnisse.

Anklagen Anderer sind häufiger als Selbstanklagen, besonders bei Quaerulanten- und Verfolgungswahn, bei hysterischem Irresein. Bei Folie raisonnante ist es oft schwer, die Krankhaftigkeit der Angaben zu erkennen; ebenso bei Hysterie. Pathologisch sind oft Angaben der aus der Narcose erwachten Personen. Der Gerichtsarzt hat in dissen Fällen nachzuweisen: 1) Das Bestehen eines psychopathischen Zustandes, 2) dass und wie der qu. psychopathische Zustand die fraglichen Ideen entstehen liess und 3) das Verhalten des Objects gegenüber den Angaben, z. B. Intactheit der Genitalien bei behaupteter Schändung p. p.

Hauptmann (Gleiwitz).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt, (Preusse), 600 Mark freie Station. 2) Grafenberg (Düsseldorf), Volontairarzt sofort; 600 M., fr. Stat. 3) Dalldorf (Berlin), 2 Volontairärzte, baldigst, 600 M. fr. Stat. Meldungen an das Curatorium der Irrenanstalt der Stadt Berlin. 4) Düren, Volontairarzt, 600 Mark, freie Station. 5) Leipzig (Irrenklinik), 2. Assistenzarzt; 1. Januar 1882. 1500 M., fr. Stat. Meldungen an Professor Dr. Flechsig. 6) Hildesheim, Prov.-Irr.-Anst., provis. Hilfsarzt, 900. M., fr. Stat. 7) Leubus (Prov. Irren-Anstalt), a) Volontairarzt, 450 M. bei fr. Stat. Eine weitere Renumeration von 600 M. in Aussicht. b) Dritter Arzt, sofort, 1200 Mark, Kost der Pensionäre, Wohnung, Heizung und Beleuchtung. 8) Owinsk, a) 1 Assistenzarzt, b) 2 Volontairärzte. 9) Allenberg (Ost-Preussen), a) Volontairarzt, sofort, 600 M., fr. Station, b) Assistenzarzt, 1. Febr. 1882, 1200 M., fr. Station. 10) Schwetz, Volontairarzt. 11) Königslutter, 2. Assistenzarzt, 1200 M. freie Station I. Classe. 12) Die Kreisphysicate: Bolkenhain (Liegnitz), Cleve (Düsseldorf), Wohlau (Breslau).

Ehrenbezeugung. Sanitätsrath Dr. Meyer in Eitorf erhielt den rothen Adlerorden IV. Classe.

Todesfall. Dr. Hugo Basler, Volontairarzt in Schwetz am 16. November.

IV. Mittheilungen der Redaction.

1. Der mit dieser Nummer abgeschlossene IV. Jahrgang des Centralblattes hat 510 Referate gebracht gegen 329 des vorigen.
2. Von 1. Januar 1882 ab erscheint das Centralblatt in besserem Gewande: Neue Typen und kräftiges geleimtes Papier werden zur Verwendung kommen.
3. Beschwerden über verspätetes Zugehen des Blattes sind von Postabonnenten bei der Post, von Buchhändlerabonnenten bei Herrn Georg Böhme, dem C.-Verleger des Blattes in Leipzig anzubringen. (Adresse: Georg Böhme's Verlag in Leipzig.)
4. Der bisherige Vertheilungsplan über die zu besprechenden Zeitschriften bleibt unverändert fortbestehen und wollen die Herren Referenten an demselben streng festhalten. In zweifelhaften Fällen ist eine Anfrage bei der Redaction zweckmässig. Die Herren Referenten werden wiederholt gebeten, nur eine Seite der Manuscripte zu beschreiben. Ferner bitten wir, die *Referate* so kurz als nur möglich zu verfassen, selbstverständlich ohne Einbusse der Deutlichkeit. Hauptgegenstand des *Referates* muss immer der sachliche Inhalt der Originalarbeit sein; Reflexionen und hypothetische Erklärungsversuche der Autoren sind ebenso wie historische (Literatur) Excurse nur in zwingenden Ausnahmefällen zu berücksichtigen. Dies gilt natürlich nicht für eine *Kritik*, die sich eben gerade durch die gegentheilige Behandlung von dem *Referat* unterscheidet.

5. Alle Anzeigen für das Blatt sind Herrn Georg Böhme in Leipzig in Auftrag zu geben, der die Rechnungen über dieselben ausstellt, und die Zahlungen in Empfang nimmt.
6. Wir bitten die Herren Autoren um gefällige Einsendung von Separatabdrücken. Namentlich ersuchen wir um diese von solchen Arbeiten, die in *Vereinsorganen* publicirt sind, welche nur in den Händen der Vereinsmitglieder sich befinden.

Dr. Erlenmeyer.

V. Anzeigen.

Inhalts-Verzeichniss.

Die Zahlen beziehen sich auf die Seiten.



Coblenz, Druck von Ph. Werle (Entenpfuhl 12).